

ILDA MARIA DUARTE DA SILVA

**ESTUDO COMPARATIVO SOBRE O BEM-ESTAR
SUBJETIVO EM PACIENTES ONCOLÓGICOS,
FAMILIARES E POPULAÇÃO EM GERAL**

Orientadora: Joana Brites Rosa

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Psicologia e Ciências da Vida**

**Lisboa
2014**

ILDA MARIA DUARTE DA SILVA

**ESTUDO COMPARATIVO SOBRE O BEM-ESTAR
SUBJETIVO EM PACIENTES ONCOLÓGICOS,
FAMILIARES E POPULAÇÃO EM GERAL**

Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia, no Curso de Mestrado em Psicologia Aconselhamento e Psicoterapia, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Orientador: Prof.^a Doutora Joana Brites Rosa

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa
2014

*À medida que a imaginação dá um corpo
Às formas das coisas desconhecidas, a pena do poeta
Empresta-lhes contornos, dando ao vazio e ao nada
Uma casa, um sentido e um nome*

Shakespeare, *Sonho de Uma Noite de Verão*, V, I

Dedicatória

Dedico esta dissertação aos Mestres e Amigos que tanto me ajudaram, Paulo Silvestre e Cristina Belém, em especial ao Paulo, sem o qual eu não teria tido a motivação suficiente para terminar a primeira página deste trabalho.

Bem hajam!

Agradecimentos

A realização desta dissertação só foi possível graças à colaboração e ao contributo, direta ou indiretamente, de várias pessoas e instituições, às quais gostaria de exprimir algumas palavras de agradecimento e profundo reconhecimento.

À Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, da qual me orgulho pertencer, agradeço a oportunidade para a elaboração deste trabalho.

À Professora Doutora Joana Brites Rosa, orientadora da dissertação, expresso o meu profundo agradecimento pela orientação e apoio incondicionais, incansável com a sua persistência e carinho, aliados à forma peculiar de fazer refletir e sentir, partilhando a sua sabedoria e estimulando o meu desejo de querer saber e fazer mais e melhor.

O meu profundo e sentido agradecimento à APAMCM - Associação Portuguesa de Apoio à Mulher com Cancro da Mama, na pessoa da Doutora Mafalda Pinto Coelho, pela amabilidade e disponibilidade prontamente manifestada para a divulgação do protocolo de investigação junto de todos os seus associados.

A todos os participantes que embora no anonimato, prestaram uma contribuição fundamental, sem a qual não seria possível a realização deste trabalho.

À doce memória do meu pai.

Ao meu querido Bernardo, o meu primeiro neto.

Aos meus filhos Ana Rita e Miguel a quem amo incondicionalmente, por tantas vezes termos de prescindir da presença mútua, e de me incentivarem a realizar o meu sonho, que sempre tiveram muito presente, que é a minha curiosidade infinita em relação à alma humana, que me levou a querer ser psicóloga.

Sou muito grata a todos os meus familiares, em particular à minha mãe, pelo apoio incondicional, e pelo incentivo recebido ao longo desta etapa, em que cada um à sua maneira foi mantendo uma rede de afetos à minha volta, revelando-se um eterno Porto Seguro.

À doce Mestre Cristina Belém, que tantas vezes, com a sua amizade e apoio me incentivou a sair da minha toca isolada.

Aos meus fantásticos amigos de curso, que fizeram com que esta experiência fosse única, Drs., Ana Cristina Moreira, Christine Metrolho, Madalena Castro, Marta Cruz, Paula Duarte, e Tatiana Torrinhas, o meu para sempre obrigada.

À Alexandra Silvestre, quero agradecer a ausência que tive de sentir devido a esta dissertação, Obrigada.

O meu mais sincero Obrigada a todos!

Resumo

O cancro é uma das principais causas de morte em todo o mundo, sendo que o diagnóstico afeta igualmente a vida de familiares e amigos. O objetivo da investigação é analisar a existência de diferenças entre pacientes oncológicos, familiares e população em geral, no que respeita ao bem-estar subjetivo. Foi ainda estudado nestes três grupos o Otimismo/Pessimismo e autoestima.

Os instrumentos utilizados foram “*Positive and Negative Affect Schedule*” (PANAS), “*Satisfaction with Life Scale* (SWLS)”, “*Extended Life Orientation Test*” (ELOT) e “*Rosenberg Self-Esteem Scale*” (RSES).

Foi recolhida uma amostra de conveniência, não probabilística constituída por 448 participantes, 87 (19,4%) pacientes oncológicos, 78 (17,4%) familiares e 283 (63,2%) população em geral. O sistema de recolha de dados utilizado foi o modelo *e-survey*. Os participantes apresentaram uma média de idades de 44,4 anos (DP=12,94), que variaram entre 19 e 90 anos. A maioria do género feminino (n= 327; 73%), apresentava formação académica ao nível do ensino superior (n=280; 62,5%), casado (a) (n=245; 54,7%) e encontrava-se a trabalhar (n= 283; 63,2%).

Os pacientes oncológicos são os que demonstram índices mais elevados de Otimismo sendo essas diferenças significativas ($H(2)=7.792$; $p=.020$). Os familiares evidenciaram índices superiores de SWLS, sendo essas diferenças estatisticamente significativas ($H(2)=0.215$; $p=.022$). Quanto ao Pessimismo, Afetividade Negativa e Autoestima, não se verificaram diferenças significativas ($p>.05$), apesar de serem superiores na categoria pacientes oncológicos. A Afetividade Positiva é superior nos familiares mas não se registaram diferenças significativas ($p>.05$).

Palavras-chave: cancro; bem-estar subjetivo; afetividade; satisfação com a vida; otimismo; pessimismo; autoestima.

Abstract

Cancer is one of the leading death causes in the world. Its diagnoses also affects family members and friends. The objective of this investigation is to evaluate the differences between oncologic patients, family members and general population regarding their general wellbeing. It was also studied in this 3 groups optimism/pessimism and self-esteem.

The instruments used were “*Positive and Negative Affect Schedule*” (PANAS), “*Satisfaction with Life Scale* (SWLS)”, “*Extended Life Orientation Test*” (ELOT) e “*Rosenberg Self-Esteem Scale*” (RSES).

A sample was collected with non-probabilistic convenience that included 448 participants, 87 (19.4%) oncologic patient, 78 (17.4%) family members and 283 (63.2%) of general population. The gathering system used was the e-survey module. The participants had an average age of 44.4 years (DP=12.94), that encompasses people from 19 to 90 years old. Most of the feminine side (n= 327; 73%) had higher education training (n= 327; 73%), married (a) (n=245; 54,7%) and currently working (n= 283; 63,2%).

The oncologic patients are the ones that demonstrate the highest levels of optimism ($H(2)=7.792$; $p=.020$). The family members are the ones that show the highest levels of SWLS ($H(2)=0.215$; $p=.022$). Regarding pessimism, negative affection and self-esteem there are no significant variations ($p>.05$), despite being higher in the oncologic patients. Positive affection is higher on family members but there are no significant differences ($p>.05$).

Key words: cancer; subjective wellbeing; affection; life satisfaction; optimism; pessimism; self-esteem

Abreviaturas e símbolos

ADN – Ácido desoxirribonucleico

AN – Afetividade Negativa

AP – Afetividade Positiva

APA – American Psychological Association

BES – Bem-Estar Subjetivo

DGS – Direção Geral de Saúde

DP – Desvio Padrão

DSM IV – TR - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Review*

ELOT - *Extended Life Orientation Test*

F – Teste ANOVA

H - Teste *Kruskal-Wallis*

ICD 10 – *International Classification of Diseases 10*

IARC - *International Agency for Research on Cancer*

LLA – Leucemia Linfobástica Aguda

M - Média

MRC – Medo da Recorrência do Cancro

n – frequência absoluta

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPT - Otimismo

p – significância

PANAS – *Positive and Negative Affect Schedule*

PES – Pessimismo

POP – Portal de Oncologia Português

r - *Coefficientes de Correlação de Pearson*

RSES - *Rosenberg Self-Esteem Scale*

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

SWLS – *Satisfaction with Life Scale* - Satisfação com a vida

U - Teste *Mann-Whitney*

ULHT - Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

WHO – *World Health Organization*

χ^2 – Teste *Chisquare*

Z - Teste *Kolmogorov-Smirnov*

% - frequência relativa

Índice

Introdução	12
CAPÍTULO I – Enquadramento Teórico	16
1. ONCOLOGIA	17
1.1. Perspetiva Histórica do Cancro	17
1.2. Cancro – Caracterização e tipologias	20
1.3. Epidemiologia do Cancro	25
1.4. Psico-Oncologia	27
1.5. O Doente Oncológico e os Estágios que atravessa ao Lidar com a Doença ..	29
1.6. O Papel do Psicólogo	33
1.7. Modelos de Intervenção	36
1.8. Paciente oncológico e familiares.....	37
2. BEM-ESTAR SUBJETIVO (BES)	41
2.1. Afetividade – Positiva e Negativa.....	49
2.2. Satisfação com a vida	55
3. OTIMISMO e PESSIMISMO	61
4. AUTOESTIMA	66
CAPÍTULO II - Método	72
1. <i>Participantes</i>	73
2. <i>Instrumentos</i>	75
3. <i>Procedimento</i>	80
CAPÍTULO III - Resultados	82
CAPÍTULO IV – Discussão dos Resultados	92
Conclusão	105
Bibliografia.....	108
 ANEXOS	 I
Anexo I – Protocolo de Investigação	II
Anexo II – Contactos com instituições ligadas ao problema oncológico	VII
Anexo III – Resposta das instituições	VIII

Índice de Tabelas

Tabela	Pág.
Tabela 1. Dados sociodemográficos - género, formação académica, estado civil, trabalha, se não trabalha porquê, com quem vive	74
Tabela 2. Dados sociodemográficos - local de resposta (continuação)	75
Tabela 3. Dados sociodemográficos - idade (continuação)	75
Tabela 4. Estudo comparativo da consistência interna - PANAS	76
Tabela 5. Estudo comparativo da consistência interna - SWLS	78
Tabela 6. Estudo comparativo da consistência interna - ELOT	79
Tabela 7. Estudo comparativo da consistência interna - RSES	80
Tabela 8. Estudo da normalidade (Teste <i>Kolmogorov-Smirnov</i>)	83
Tabela 9. Comparação da variável género com a Idade e Afetividade Positiva (<i>t-test</i>)	84
Tabela 10. Comparação da variável género com Otimismo, Pessimismo, Afetividade Negativa, Satisfação com a Vida e Autoestima (Teste <i>Mann-Whitney</i>)	84
Tabela 11. Comparação da variável escolaridade com a Afetividade Positiva (Teste <i>ANOVA</i>)	85
Tabela 12. Comparação da variável escolaridade com Otimismo, Pessimismo, Afetividade Negativa, Satisfação com a Vida e Autoestima (Teste <i>Kruskal-Wallis</i>)	85
Tabela 13. Comparação da variável Estado Civil com a Afetividade Positiva (Teste <i>ANOVA</i>)	86
Tabela 14. Comparação da variável Estado Civil com Otimismo, Pessimismo, Afetividade Negativa, Satisfação com a Vida e Autoestima (Teste <i>Kruskal-Wallis</i>)	86
Tabela 15. Comparação da variável Está a trabalhar com a Afetividade Positiva (<i>t-test</i>)	87
Tabela 16. Comparação da variável Está a Trabalhar com Otimismo, Pessimismo, Afetividade Negativa, Satisfação com a Vida e Autoestima (Teste <i>Mann-Whitney</i>)	88
Tabela 17. Comparação da variável Participantes com a Afetividade Positiva (Teste <i>ANOVA</i>)	88

Tabela (<i>conti.</i>)	Pág.
Tabela 18. Comparação da variável Participantes com Otimismo, Pessimismo, Afetividade Negativa, Satisfação com a Vida e Autoestima (Teste <i>Kruskal-Wallis</i>)	89
Tabela 19. Comparação dos Coeficientes de Correlação de <i>Pearson</i> (<i>r</i>) entre as dimensões contínuas em estudo, dos pacientes oncológicos	90
Tabela 20. Comparação dos Coeficientes de Correlação de <i>Pearson</i> (<i>r</i>) entre as dimensões contínuas em estudo, dos familiares de pacientes oncológicos ...	90
Tabela 21. Comparação dos Coeficientes de Correlação de <i>Pearson</i> (<i>r</i>) entre as dimensões contínuas em estudo, da população em geral	91

Introdução

A literatura refere que o cancro é uma das principais causas de morte em todo o mundo, com um aumento significativo de novos casos todos os anos, e de pessoas que vivem com a doença durante mais tempo (*International Agency for Research on Cancer – IARC*, 2012).

No panorama nacional, as perspetivas também não são as melhores, onde se espera que em 2030 exista um aumento de casos de cancro na ordem dos 75%, comparativamente com a taxa atual. Também se deverá deixar uma palavra de esperança, pois os avanços científicos têm permitido o conhecimento de algumas especificidades de determinadas patologias do foro oncológico, permitindo que os doentes vivam mais tempo. A previsão para a União Europeia, realizada pela IARC (2012), perspetiva um aumento de novos casos em 13,7%, sendo as previsões para Portugal semelhantes, apontando para um crescimento na ordem dos 12,6%, (Direção-Geral da Saúde, 2014).

Em Portugal, à semelhança do que acontece nos restantes Países da União Europeia, o risco de vir a contrair cancro durante a vida é de cerca de 50%, e de 25% de morrer desta doença, sendo a incidência de patologia oncológica superior no género masculino. As principais causas de morte por doença oncológica são o cancro do colon e do reto, seguidas do cancro do pulmão (Fontelonga, 2002).

Sendo o problema oncológico um flagelo e uma realidade cada mais evidente na sociedade contemporânea, o diagnóstico de cancro tem habitualmente um efeito devastador. Embora atualmente ocorram muitos casos de sobrevivência, este diagnóstico envolve a ideia da morte, trazendo consigo o medo da mutilação, desfiguração, isolamento, estigma, mudança de papéis, perda de autonomia, e tratamentos dolorosos. Este processo leva ao desencadeamento de processos emocionais, verificando-se o surgimento de psicopatologias associadas ao cancro (Mukherjee, 2012). De acordo com o mesmo autor o cancro revela a relação com o mundo atual, mostrando em simultâneo a fragilidade do ser humano. É uma doença do sujeito, que evidencia a sua relação com o social. O diagnóstico da doença, despoja a pessoa da sua identidade, vestindo-lhe roupas de doente e assumindo o controlo de todos os seus atos.

Contudo, o diagnóstico de cancro não afeta apenas o paciente e reflete-se na vida dos familiares (cuidadores primários) e amigos. A investigação também tem revelado que o apoio às famílias nem sempre é o desejável. Os cuidadores tendem a apresentar maior sintomatologia depressiva que os próprios doentes, o que poderá estar ligado ao receio de

morte do(a) filho(a) e pela idade mais avançada dos pais e também evidenciam uma maior tendência para a depressão à medida que se vão tornando mais velhos (Gazallea, Limab, Tavares, & Curi, 2004; Mojinyinola, 2010). Uma outra justificação, salienta que a visão mais pessimista dos pais de um paciente oncológico também se reflete pela ausência de apoio psicológico pois não são incluídos na terapia do seu filho(a), nem comunicam diretamente com a equipa médica tendo de lidar sozinhos com as emoções negativas, tendo repercussões nos progenitores e no paciente (Gibar & Rafaeli, 2000).

Mesmo que os pais não tenham a função de cuidadores principais, desempenham um papel fundamental no apoio e adaptação dos seus descendentes à doença oncológica. Estes referem que todas as fases são importantes no processo de recuperação do paciente, desde a fase inicial, até à fase de apoio psicológico que deveria ser alargado também aos familiares e a fase de acompanhamento posterior. Os trabalhos de Mijoyinola (2010) e de Cella, Mahon e Donovan (1999) salientam que a recorrência de problemas oncológicos é considerada um evento traumático que deixa os pacientes mais vulneráveis e suscetíveis. Esta recorrência apresenta uma correlação significativa com o sofrimento e instabilidade dos pacientes.

Os familiares de crianças com cancro, especialmente os pais evidenciam elevados níveis de ansiedade, depressão, e baixos níveis de autoestima, muitas vezes associados ao receio da recorrência do cancro. O diagnóstico tem normalmente um impacto negativo e significativo na vida das famílias, podendo desestabiliza-las e ter implicações na própria saúde dos cuidadores. Progenitores com menos estratégias de *coping* poderão sentir dificuldades acrescidas em lidar com a doença, muitas vezes ligado a dificuldades de comunicação, pessoas mais reservadas, com dificuldades no relacionamento interpessoal evidenciando igualmente maior insatisfação com a vida.

Um fator que se considera importante é o estudo do bem-estar subjetivo (BES) em pacientes oncológicos e seus familiares. Segundo a OMS a cura não é apenas estar livre da doença, mas também a pessoa estar em boas condições psicossociais. É importante realçar que em determinadas situações, os pacientes podem optar por tratamentos em que os critérios usados são a sua qualidade de vida em detrimento da quantidade (Estapé, 1998, cit. in Dias & Durá, 2002).

As patologias associadas à ideia de morte, sofrimento, solidão ou perda levam ao equacionar de valores e estratégias tidos anteriormente como normativos (Barbosa & Neto, 2010).

O BES é um conceito complexo, que se encontra ligado a uma visão pluridimensional. Antes de mais, está ligado a uma visão positiva e tem as suas raízes em componentes cognitivas e emocionais salientando-se a satisfação com a vida e a realização a vários níveis. Neste sentido, outros domínios poderão ser úteis para compreender o BES como a Qualidade de Vida ou a afetividade (positiva e negativa) (Diener, Lucas, & Oishi, 2001; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005)

O BES é dirigido para a pessoa, um ser único, uno, indivisível, irrepetível, idiossincrático em cada contexto. Para além de um conceito difícil de definir, a tarefa também pode não ser fácil visto que cada pessoa tem a sua maneira de pensar, de sentir e de agir (Santos, 1991; Silvestre, 2011). De uma maneira algo rudimentar o BES poderá ser definido com um processo avaliativo que comporta uma componente cognitiva e emocional. Neste processo de avaliação, a pessoa terá de realizar uma apreciação do seu percurso e da sua experiência de vida. Apesar das dimensões cognitivas e emocionais serem distintas e autónomas, estas encontram-se fortemente correlacionadas (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). O estado emocional pode ter valências positivas ou negativas, podem ser úteis ou prejudiciais, que podem provocar alterações fisiológicas e ter uma influência na recuperação. A perceção no controlo das emoções perante um acontecimento de vida capaz de provocar elevados níveis de ansiedade e stresse como é o caso de uma doença oncológica (Mojoyinola, 2010).

Para além da Satisfação com a Vida e da Afetividade, a literatura também refere que o Otimismo e a Autoestima são fatores relevantes numa recuperação de um processo oncológico. De acordo com Applebaum, Stein, Lord-Bessen, Pessin, Rosenfeld, e Breitbart (2014) que níveis mais elevados de otimismo se associam de forma significativa com menores índices de ansiedade, depressão e desespero e melhor qualidade de vida, assim como, níveis de perceção de apoio social elevados se encontram significativamente correlacionados com melhor qualidade de vida.

Já o estudo desenvolvido por Gomes e Silva (2013), aludindo à autoestima nas mulheres submetidas a intervenção cirúrgica após doença oncológica, revela que as mulheres com elevada autoestima eram casadas, haviam voltado a trabalhar e haviam realizado cirurgia estética no sentido de realizar a reconstrução da mama.

Em suma, o aparecimento de um cancro tem repercussões significativas em termos individuais, familiares, profissionais e sociais, que deixam marcas para a vida.

Desta forma o objetivo principal da investigação foi analisar a existência de diferenças entre pacientes oncológicos e respetivos familiares em relação ao bem-estar subjetivo, tendo como grupo de controlo a população em geral. Foi ainda estudado nestes três grupos o otimismo, pessimismo e autoestima.

No primeiro capítulo, “Enquadramento teórico”, este pode ser dividido em duas partes virtuais que se entreligam. A primeira parte diz respeito à viagem realizada nos meandros da oncologia sendo salientada uma análise à literatura no âmbito da epidemiologia do cancro, é abordado o tema da psico-oncologia, as estratégias utilizadas para lidar com a doença e a alusão aos modelos de intervenção. A segunda parte do enquadramento teórico aborda como tema principal o bem-estar subjetivo (BES), que por sua vez nos parece obrigatório falar da afetividade (positiva e negativa) que diz respeito à componente emocional do BES e da satisfação com a vida que se enquadra numa componente mais cognitiva. Como temas secundários que poderão reforçar uma melhor compreensão do BES abordámos os temas Otimismo e pessimismo e autoestima. O primeiro capítulo termina com a formulação de três hipóteses.

No segundo capítulo, “Método”, realizou-se a descrição da amostra, dos instrumentos utilizados e dos procedimentos metodológicos.

O terceiro capítulo é relativo aos “Resultados”, no qual se efetua uma descrição dos dados resultantes do protocolo de investigação aplicado.

No quarto capítulo, “Discussão dos Resultados”, é realizada a confrontação destes com a revisão da literatura, aludindo às limitações encontradas, sendo também deixadas algumas sugestões para futuras investigações.

Esta investigação está formatada de acordo com as normas de elaboração e apresentação da dissertação da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (Primo & Mateus, 2008), tendo as citações, referências bibliográficas, apresentação de tabelas e anexos respeitado as normas de publicação da APA (American Psychological Association, 2010). Salienta-se que a dissertação foi redigida segundo as regras do novo acordo ortográfico.

CAPÍTULO I – Enquadramento Teórico

1. ONCOLOGIA

1.1. Perspetiva Histórica do Cancro

Tendencialmente pensamos no cancro como sendo uma doença atual, consequência dos nossos hábitos de vida pouco saudáveis, meio ambiente e maior longevidade (Fuhrman, 2004). No entanto, tudo indica que os seres humanos na antiguidade não estavam familiarizados com a doença (Engelking, 2014).

O exemplar mais antigo de cancro humano foi descoberto recentemente por pesquisadores britânicos, num esqueleto masculino com 3.200 anos, sendo este o mais antigo esqueleto completo de um ser humano revelando cancro metastático. De acordo com os investigadores, embora já tenham sido descobertos vários exemplares mais antigos, de cancro em fragmentos de esqueletos, ainda persistem dúvidas sobre os diagnósticos encontrados. Esta descoberta pode ajudar a investigação de forma a compreender as causas de cancro em populações antigas, apoiando o entendimento da evolução da doença (Engelking, 2014).

A descoberta deste esqueleto verificou-se em 2013, num local arqueológico no Norte do Sudão. Segundo os pesquisadores, o sujeito teria entre 25 a 35 anos no momento da morte, tendo sido sepultado em 1.200 aC. A análise efetuada revelou evidência de carcinoma metastático. Com base nas análises efetuadas, foram detetadas várias lesões que determinam a morte, como sendo a causa mais provável, um tumor maligno nos tecidos moles, sendo no entanto impossível determinar qual a origem exata do cancro. Mesmo sendo apenas hipóteses, os investigadores apontam duas possíveis explicações, tendo em conta os efeitos cancerígenos do fumo, e sendo o Sudão uma zona em que as casas antigas possuem lareiras e fornos de pão em espaços reduzidos e mal ventilados, existe a possibilidade da origem estar na exposição do homem ao fumo (Engelking, 2014).

Ainda de acordo com a revista científica “Discover Science” também se aventou a hipótese da existência da doença infecciosa, esquistossomose, que é hoje reconhecida como uma causa de cancro da bexiga, assolando os habitantes daquela região desde há pelo menos 1.500 anos (Engelking, 2014).

Pessoas como Imhotep, Hipócrates e Heródoto, emergem como sendo os pioneiros a descobrir a doença. No entanto, devido à deficiente preservação dos tecidos das múmias estudadas até hoje, não é possível ir além de pressupostos a partir de vestígios do que poderá ter um tumor como origem (Mukherjee 2012).

Embora a palavra cancro não seja mencionada, o documento datado de 2500 a.C. do sacerdote egípcio Imhotep, descreve de uma forma precisa um caso médico considerado atualmente um cancro da mama (Mukherjee 2012).

De acordo com Johnson (2013), num recente artigo na revista *Discover*, mesmo sendo rara a evidência arqueológica, não significa que o cancro fosse inexistente na antiguidade. Com exceção de alguns casos raros em múmias, apenas foram encontrados tumores ósseos, com origem no tecido esquelético ou espalhado para esta zona com origem noutros locais do corpo. Os tumores encontrados, representam apenas uma pequena percentagem de todos os tipos de cancro. Cerca de 90% dos cancros são carcinomas, tumores que se formam nos tecidos epiteliais, que compõem a pele e revestem as cavidades do corpo e dos órgãos. Desta forma podemos estar a subestimar a prevalência de cancro nas antigas civilizações, dado que as lesões reveladoras podem não resistir à passagem do tempo. Desta forma, para George Johnson quando se atribui a causa do cancro a substâncias cancerígenas nos cigarros, alimentos processados, fábricas de produtos químicos, dietas pobres, etc., a origem de base do cancro, é provavelmente semelhante ao que era há milhares de anos.

A origem latina da palavra cancro que significa caranguejo, derivada de Karkinos, (caranguejo em Grego) surge com Hipócrates, médico grego (460-370 aC), que é considerado o "Pai da Medicina" (American Cancer Society, 2014a). Hipócrates, usou as palavras gregas carcinos e carcinoma para descrever tumores, dando-lhe o nome de cancro ou karkino, definindo a doença tal como a conhecemos hoje, concebendo através de palavras que se referem a um caranguejo, cuja semelhança teria sido provavelmente a comparação da presença de vasos sanguíneos inchados à volta dos tumores que infiltravam a pele, às pontas da carapaça e às pinças de um caranguejo dispostas em círculo (Mukherjee 2012). Embora lhe tenha dado este nome, não foi certamente Hipócrates a primeira pessoa a descobrir esta doença. Na verdade a história do cancro iniciou-se muito antes (Fayed, 2014).

O cancro tem afligido o ser humano durante vários séculos, sendo graças às primeiras pesquisas que nos é possível ter um maior conhecimento do cancro atualmente. Papyrus, um antigo texto médico egípcio, remonta a 1600 aC e contém uma das mais antigas referências conhecida a um tumor canceroso. No manuscrito, são descritos casos de tumores ou úlceras de peito, que foram tratados por cauterização. Neste manuscrito ficou também registado que não havia tratamento para a doença, apenas uma terapia paliativa. Existem evidências de que os antigos Egípcios conheciam a diferença entre tumores malignos e benignos. De acordo

com os registos, os tumores superficiais seriam removidos cirurgicamente de forma similar à que é efetuada atualmente (Fayed, 2014).

Segundo Mukherjee (2012), hoje o conhecimento sobre o corpo humano está muito desenvolvido. Na Grécia antiga os médicos não tinham essa informação. Hipócrates acreditava que o corpo era composto por quatro fluídos; sangue, fleuma, bílis amarela e bílis negra, sendo que um excesso de bílis negra em qualquer local do corpo causava cancro. Durante cerca de 1.400 refletiu-se acerca da causa do cancro e no antigo Egipto acreditava-se que o cancro era causado pelos Deuses (Fayed, 2014).

Manuscritos da antiguidade mencionam muitas patologias que ainda hoje existem, quando procuramos na história alusões a doenças. O facto de não existirem menções ao cancro prende-se com a longevidade na época não ser suficientemente longa para se manifestar de uma forma significativa nas populações. (Mukherjee 2012).

O médico romano, Celsus (28-50 aC), traduziu mais tarde o termo grego para cancro, a palavra latina para caranguejo. Galeno (130-200 dC), outro médico romano, usou a palavra onco, que vem do grego *onko* que significa massa ou nódulo, para descrever tumores. Embora a analogia caranguejo de Hipócrates e Celso ainda seja usada para descrever tumores malignos, o termo de Galeno é agora utilizado como uma parte do nome para especialistas em cancro - oncologistas (American Cancer Society, 2014a).

Ainda de acordo com Mukherjee (2012), perdurou até ao século XIX a associação do excesso de bílis negra e o cancro feita por Cláudio Galeno, que sustentava a teoria de Hipócrates, talvez pela observação do melanoma.

Durante o renascimento, a partir do século XV, os cientistas desenvolveram um maior conhecimento do corpo humano. Cientistas como Galileu e Newton começaram a usar o método científico, que mais tarde foi utilizado para estudar a doença (American Cancer Society, 2014a).

Harvey em 1628, abriu caminho para um melhor conhecimento sobre a anatomia e fisiologia do corpo humano, efetuando autópsias, levando a entender a circulação do sangue através do coração e do corpo, o que até então tinha sido um mistério, proporcionando mais pesquisas sobre as doenças. Foi em 1761 que Giovanni Morgagni de Pádua, é o primeiro a fazer algo que atualmente se tornou rotina. Efetuou autópsias de forma a relacionar a doença do paciente com as patologias descobertas após a morte. Lançou desta forma os alicerces para a oncologia científica e o estudo do cancro (American Cancer Society, 2014a; Fayed, 2014).

O cirurgião escocês John Hunter (1728-1793) sugeriu que alguns tipos de cancro poderiam ser curados por cirurgia, sendo que este especialista poderia decidir quais os cancros que poderia operar, considerando que se o tumor fosse móvel e não tivesse invadido outros tecidos, não haveria inconveniente em ser removido. Um século mais tarde, o desenvolvimento da anestesia cirúrgica, permitiu o progresso das cirurgias clássicas de cancro, como a mastectomia radical¹ (American Cancer Society, 2014a).

O século XIX viu o nascimento da oncologia científica com o uso do microscópio moderno no estudo de tecidos doentes. Rudolf Virchow, muitas vezes intitulado como sendo o fundador da patologia celular, forneceu a base científica para o estudo patológico moderno do cancro. Tal como Morgagni, que em resultado da autópsia, tinha visto a olho nu a evolução clínica da doença, assim, Virchow correlacionou a patologia microscópica à doença. Este método não só permitiu uma melhor compreensão dos danos causados pelo cancro, como também ajudou na evolução da cirurgia ao cancro. Tecidos removidos do corpo pelo cirurgião, poderiam agora ser examinados, permitindo um diagnóstico mais preciso. O patologista poderia informar o cirurgião se a cirurgia tinha removido o cancro completamente (American Cancer Society, 2014a).

1.2. Cancro – Caracterização e tipologias

De acordo com Mukherjee (2012), o cancro é uma doença cuja origem se encontra no crescimento descontrolado de uma única célula, sendo esse crescimento provocado por mutações, ou seja, alterações no ADN que afetam especificamente os genes, causando o aumento ilimitado das células. A divisão e morte de uma célula normal, são reguladas por circuitos genéticos potentes, sendo que, numa célula cancerosa, estes circuitos foram interrompidos, dando origem a uma célula que não pode parar de se multiplicar. Células cancerígenas, são versões mais perfeitas de nós próprios, podem ter um crescimento mais rápido com uma melhor adaptação, ou seja, de uma forma mais atroz, se nós procuramos a imortalidade, a célula cancerígena também o faz. Ainda segundo este autor, uma célula ancestral está na origem de quase todos os cancros, dando origem a um número ilimitado de células descendentes, através da capacidade adquirida de se dividir e sobreviver interminavelmente.

¹ A mastectomia radical consiste na remoção da glândula mamária de ambos os peitos e esvaziamento completo da axila (Gil, Bañeres, López, Martínez, & Serrano, 2001).

Conforme descrito em diversas fontes o cancro ou enfermidade oncológica é a denominação atribuída para descrever um grupo de patologias que podem adotar várias nomenclaturas, entre as quais, neoplasia ou tumor maligno. Caracteriza-se pelo aumento anómalo e descontrolado de determinadas células num processo denominado Apoptose², o que significa que a morte celular programada, deixa de ser efetuada levando à formação de uma massa ou nódulo, através da multiplicação da célula mutante, ou seja, o cancro pode não ser considerada uma doença, mas múltiplas doenças. Estas células cancerosas desenvolvem uma enorme capacidade de sobrevivência, encontrando no corpo do hospedeiro os nutrientes essenciais à sua replicação, dando origem a células mais habilitadas para invadirem outros órgãos, sendo este processo denominado de metastização (American Cancer Society, 2014a; Mukherjee, 2012; Ogden, 2004; Portal de Oncologia Português - POP, s/d; Servan-Schreiber, 2010; Simões, 2014).

Um dos desafios científicos mais significativos alguma vez enfrentados pela nossa espécie, talvez seja, separar o crescimento celular maligno e o normal que se encontram geneticamente interligados. O cancro parece estar infiltrado no nosso genoma, dado que os genes que alteram a divisão celular não é estranha ao nosso corpo, mas versões modificadas e distorcidas dos mesmos genes que desempenham funções celulares essenciais (Mukherjee, 2012).

Células “normais” convertem-se em células cancerosas devido a danos no ADN (ácido desoxirribonucleico). O ADN encontra-se em todas as células e direciona todas as suas ações. Em células ditas normais quando o ADN é danificado ou modificado, a correção dos danos celulares é feita por qualquer célula, ou esta morre. Em células cancerosas, se o ADN danificado não for corrigido, a célula não morre como deveria, dando lugar ao crescimento de novas células que o corpo não necessita. Este processo de regeneração celular anómalo contém o mesmo ADN, tal como iniciou a primeira célula (American Cancer Society, 2014b).

As pessoas podem herdar ADN anómalo, mas a maioria dos danos do ADN é causada por erros na reprodução da célula normal ou por influência do meio ambiente. Por vezes, a causa do dano no ADN pode ser algo óbvio, como o tabagismo ou exposição ao sol. Mas é raro saber-se exatamente, qual a causa do cancro (American Cancer Society, 2014b).

² Apoptose: tipo de morte celular que tem sido comparada a uma espécie de suicídio celular, já que depende mais de reações bioquímicas intracelulares do que a agressões externas mais ou menos violentas. Esta expressão vem do grego e refere-se à perda das pétalas ou das folhas em certas fases da vida de uma flor ou de uma planta. O facto de a apoptose resultar de um processo regulado faz com que por vezes a designemos por morte celular programada (Simões, 2014).

Segundo a American Cancer Society (2014b), na maioria dos casos, as células cancerígenas formam um tumor. Alguns tipos de cancro, como a leucemia, raramente formam tumores. Nestes casos, estas células cancerosas envolvem o sangue e os órgãos hematopoiéticos e circulam através de outros tecidos onde vão crescer. Muitas vezes, as células cancerígenas viajam pela corrente sanguínea ou através do sistema linfático para outras partes do corpo onde começam a crescer e a formar novos tumores. Ao longo do tempo, os tumores substituem os tecidos normais. O processo de propagação do cancro tem o nome de metástase³.

Independentemente do local para onde o cancro se espalhou, este tem sempre o nome de onde se iniciou. Por exemplo quando as células do cancro da mama se espalham do tumor primário na mama para o fígado, através da circulação sanguínea ou através do sistema linfático, tem o nome de cancro de mama metastático, ou secundário, e não cancro de fígado. Da mesma forma, quando o cancro da próstata se espalha para os ossos, tem o nome de cancro de próstata metastático e não um cancro ósseo (American Cancer Society, 2014b).

Os diferentes tipos de cancro podem comportar-se de formas muito diferentes, por exemplo, o cancro do pulmão e o cancro da pele são patologias muito diferentes. Crescem a ritmos diferentes e respondem a tratamentos diferentes, daí a importância de um tratamento específico para cada tipo de cancro (American Cancer Society, 2014b).

Ainda de acordo com a mesma fonte, tumor não significa cancro, existem tumores benignos que podem causar problemas, podendo crescer bastante, pressionando órgãos e tecidos saudáveis. No entanto, não invadem outros órgãos ou tecidos. Não podendo invadir, também não se espalham para outras partes do corpo (metástases), sendo estes tumores raramente fatais.

Simões (2014), realiza a distinção entre tumores benignos e malignos. Quando a neoplasia é benigna não apresenta um crescimento infiltrativo, tem antes um crescimento expansivo sendo habitualmente localizado, possibilitando a sua remoção através de cirurgia. Já a neoplasia maligna, cancro, não respeita os limites tecidulares invadindo os tecidos à sua volta, podendo esta resultar de neoplasia benigna preexistente.

A American Cancer Society (2014b), estuda anualmente o número de novos casos de cancro e de mortes, a fim de ter uma estimativa atual do cancro, sua incidência e mortalidade, dado que os resultados conhecidos correspondem a três ou quatro anos anteriores ao ano em

³ Metástase - disseminação da doença através da formação de uma nova lesão tumoral a partir do tumor primário, atingindo órgãos distintos do afetado numa primeira fase e dando início à formação de mais células cancerígenas (American Cancer Society, 2014b).

curso. Estima que cerca de metade dos homens e um terço das mulheres nos EUA irão desenvolver cancro durante as suas vidas. Atualmente, milhões de pessoas tiveram ou vivem com cancro. O cancro é um complexo grupo de doenças com muitas causas possíveis. As causas conhecidas de cancro, podem ser de fatores genéticos ou estilo de vida, tais como: o uso do tabaco, tipo de dieta alimentar, a falta de atividade física, excesso do tempo de exposição ao sol, certos tipos de infeções, e exposições ambientais a diferentes tipos de produtos químicos e radiação. Algumas mudanças no estilo de vida de uma pessoa, podem reduzir o risco de desenvolver muitos tipos de cancro.

A deteção de alguns tipos de cancro pode ser feito através de alguns testes de triagem, de forma a serem tratados o mais cedo possível, enquanto ainda são pequenos e não se espalharam pelo corpo. Geralmente, o cancro detetado e tratado na fase inicial aumenta as probabilidades de viver durante muitos anos. Graças aos avanços na deteção e tratamento, estima-se que existam 13 milhões de americanos sobreviventes de cancro, e os números continuam a crescer. Embora a pesquisa comece a documentar os problemas enfrentados pelos sobreviventes de cancro, permanecem ainda muitas questões, tais como a qualidade de vida, que ainda não são totalmente compreendidas (American Cancer Society, 2014b).

Sendo direta a relação do cancro com a longevidade, quanto mais vivemos, maiores são os riscos de surgimento da doença. O risco aumenta de forma exponencial para certos tipos de tumor. Existe a convicção que a civilização e o avanço tecnológico e científico aumentaram a incidência do cancro. Efetivamente passou a estar-se em contacto com um número considerável de novos agentes carcinogénicos, no entanto, o facto de nos tornarmos cada vez mais longevos, pode considerar-se o motivo mais importante, ou seja, o que permitiu que o cancro se manifestasse não foi a civilização mas sim a sua longevidade (American Cancer Society, 2014b).

No entanto, alguns tipos de cancro não têm ligação com a velhice, a Leucemia encontra-se entre esses tipos de cancro mais raros. Associado à velhice, a Leucemia é menos comum que o cancro da mama. Há que ter em atenção a questão do diagnóstico, antigamente muitas doenças que hoje classificamos como cancro, no passado não eram diagnosticadas dessa forma. A leucemia não era classificada como cancro, levando-nos a ter a perceção que o número de casos está a aumentar, devido à nova classificação. (Mukherjee, 2012).

Segundo Mukherjee (2012), atualmente ainda não existe a tecnologia suficiente para perceber e curar esta doença, tendo a quimioterapia cerca de 50 anos. Sendo que ainda se está no início do estudo dos genes causadores do cancro, e as descobertas sobre química são

insuficientes para encontrar moléculas, que sem devastar o corpo, possam atacar as células cancerígenas, poupando as saudáveis. Existem no entanto alguns tipos de cancro para os quais será possível desenvolver tratamentos que os convertam em doenças crónicas, aumentando em muito a esperança de vida dos pacientes.

Como se referiu anteriormente, o cancro não é uma doença, mas inúmeras doenças, sendo bem distintas entre cada uma delas. O objetivo prende-se com a descoberta de novas formas de prevenção do cancro ou, de o converter em doença crónica. O cancro está profundamente ligado às nossas células e ao seu processo biológico de reprodução. As nossas células dividem-se, envelhecem, mutações acumulam-se sobre mutações e, dessa forma, separar o cancro dos nossos corpos a longo prazo, pode vir a ser irrealizável (Mukherjee 2012).

Falando metaforicamente do cancro como sendo uma praga, estigmatiza quem está afetado pela enfermidade. No entanto, num contexto histórico, da mesma forma como a peste negra ou a tuberculose tiveram esta definição, tendo em consideração as implicações biológicas, culturais, políticas e sociológicas, e tendo em conta que se prevê que nos Estados Unidos irá haver um diagnóstico de cancro para uma em cada três mulheres e um em cada dois homens, esta é uma enfermidade que pode ser incluída nesta classificação (Mukherjee 2012).

O cancro é uma patologia do genoma. Devido às tecnologias de sequenciação, durante a última década verificaram-se incríveis avanços na caracterização de mutações pontuais, e alterações estruturais numa ampla variedade de cancros. As sequências do genoma completo de uma grande quantidade de tipos de cancro estão a ser obtidos, permitindo uma visão mais abrangente do seu desenvolvimento, tornando assim possível construir perfis genómicos do cancro (Stratton, Campbell & Futreal, 2009).

Segundo Weinberg e Hanahan (2000 *cit in*, Mukherjee 2012, p.527), uma manifestação de seis alterações essenciais na fisiologia da célula e que em conjunto desencadeiam o crescimento maligno é descrita desta forma:

“1. Autossuficiência nos sinais de crescimento: as células cancerosas adquirem um impulso autónomo de proliferação – mitose patológica – através da ativação de oncogenes, como o ras ou o myc.

2. Insensibilidade aos sinais inibidores de crescimento (anticrescimento): as células cancerosas desativam os genes supressores de tumores, como o retino-blastoma (Rb), que, regra geral, inibem o crescimento.

3. Evasão à morte celular programada (apoptose): as células cancerosas suprimem e desativam genes e caminho que, em circunstâncias normais, viabilizam a morte da célula.

4. Potencial replicativo ilimitado: as células cancerosas ativam caminhos genéticos específicos que as tornam imortais mesmo após gerações de crescimento.

5. *Angiogénese sustentada: as células cancerosas adquirem a capacidade de absorver o seu próprio fornecimento de sangue, bem como vasos sanguíneos – angiogénese tumoral. Invasão de tecidos e metástase: as células cancerosas adquirem a capacidade de migrar para outros órgãos, o que resulta na sua disseminação pelo corpo”.*

Um dos desafios científicos mais significativos alguma vez enfrentados pela nossa espécie, talvez seja, separar o crescimento celular maligno e o “normal” que se encontram geneticamente interligados. O cancro está infiltrado nos nossos genomas, dado que os genes que alteram a divisão celular não são estranhos aos nossos corpos, mas versões modificadas e distorcidas dos mesmos genes que desempenham funções celulares essenciais. Doente oncológico considera-se qualquer pessoa a quem é diagnosticado um cancro, independentemente do tipo de tratamento que se lhe seguiu ou do tempo decorrido desde o diagnóstico. O cancro revela a relação com o mundo atual, revelando em simultâneo a fragilidade do ser humano. É uma doença da pessoa, que evidencia a sua relação com o social. Ser diagnosticado com cancro é como que entrar num *gulag*⁴ médico sem limites. O diagnóstico, assume o controlo de todos os seus atos, veste-lhe roupas de doente e despoja a pessoa da sua identidade (Mukherjee, 2012).

1.3. Epidemiologia do Cancro

De acordo com a *International Agency for Research on Cancer* (IARC), nos próximos anos, a evolução demográfica e a exposição a fatores de risco determinarão um aumento de incidência das doenças oncológicas. No estudo efetuado pela IARC, foi estimada a incidência, a mortalidade e a prevalência a nível mundial em 2012, o qual revelou que havia 14,1 milhões de novos casos de cancro, 8,2 milhões de mortes por cancro e 32,6 milhões de pessoas que vivem com cancro (dentro dos 5 anos após o diagnóstico). Verificou-se também que foi nas regiões menos desenvolvidas que se deu a ocorrência de 57% (8 milhões) de novos casos de cancro, 65% (5,3 milhões) das mortes por cancro e 48% (15,6 milhões) dos casos de 5 anos de cancro prevalentes (World Health Organization, 2014a).

A taxa de incidência de cancro de idade padronizada global, é cerca de 25% superior em homens do que em mulheres, com taxas de 205 e 165 por 100.000, respetivamente. No sexo masculino as taxas de incidência variam quase cinco vezes entre as diferentes regiões do mundo, com taxas que variam de 79 por 100.000 na África Ocidental a 365 por 100.000 na

⁴ Metáfora baseada nos campos de trabalho forçado da ex. União Soviética (URSS), em que as pessoas entravam num sorvedouro da sua vida, ficando impedidos de decidir o seu destino. Ser diagnosticado com cancro representa entrar num Estado absurdamente totalitário, mas ainda mais intrusivo e paralisante (Soljenitsine, 1968, cit in Mukherjee, 2012)

Austrália / Nova Zelândia. Existe menos variação nas taxas de incidência do sexo feminino (cerca de três vezes), com taxas que variam de 103 por 100 mil no Sudeste da Ásia Central a 295 por 100.000 na América do Norte. No que diz respeito às taxas de mortalidade, há menor variabilidade regional para a mortalidade do que para a incidência, as taxas são de 15% mais elevada nos homens, e 8% nas mulheres, em regiões mais desenvolvidas do que nas menos desenvolvidas. Nos homens, as taxas são mais elevadas na Europa Central e Oriental (173 por 100.000) e menor na África Ocidental (69). Em contraste, as taxas mais elevadas em mulheres são na Melanésia (119) e África Oriental (111), e o menor na América Central (72) e Ásia do Sul e Central (65) (World Health Organization, 2014a).

A American Cancer Society (2014b) estima no seu relatório anual de 2014, que durante o presente ano, haverá nos E.U.A. cerca de 1.665.540 novos casos de cancro diagnosticados, e 585.720 mortes por cancro. O cancro continua a ser a segunda causa mais comum de morte nos E.U.A. Constitui um grande desafio para o desenvolvimento, minando os avanços sociais e económicos em todo o mundo. Mais de 36 milhões de pessoas em todo o mundo morrem todos os anos de doenças não transmissíveis (DNT), das quais cerca de 8 milhões morrem de cancro. Esta informação centra-se na magnitude do aumento do cancro em Países desenvolvidos e em desenvolvimento, onde os financiamentos alocados são muito desproporcionais.

Voltando ao plano Nacional, o cancro é a segunda causa de morte em Portugal, registando-se um aumento progressivo do peso desta patologia. Segundo a D.G.S., a O.M.S. prevê que em Portugal os casos de cancro aumentem 75% até 2030, sendo o cancro do cólon o mais mortífero. Por um lado, a sobrevivência dos doentes com cancro tem vindo a aumentar, entre outros fatores deve-se também ao desenvolvimento científico. Tendo como base apenas o envelhecimento da população, a previsão para a União Europeia, realizada pela IARC, define um aumento de novos casos em 13,7%, sendo as previsões para Portugal semelhantes, apontando para um crescimento de 12,6%, (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Sendo a oncologia em Portugal um problema major, em parte, por serem limitadas as estatísticas nacionais que atualmente estão disponíveis, não havendo assim dados consistentes sobre a sua incidência, prevalência, sobrevida, mortalidade e morbilidade⁵. Em Portugal e à semelhança do que acontece nos restantes Países da União Europeia, o risco de desenvolver um cancro durante a vida é de cerca de 50%, e de 25% de morrer de cancro. Em Território

⁵ Incluem-se no conceito de morbilidade as alterações patológicas, vulgarmente conhecidas como “complicações”, decorrentes direta ou indiretamente (por exemplo, secundárias ao tratamento) de uma determinada doença (Simões, 2014).

Nacional a taxa de incidência de cancro é de 428 em 100.000 habitantes do sexo masculino e 289 em 100.000 habitantes do sexo feminino. Mesmo verificando-se um decréscimo na mortalidade provocada por alguns tumores, designadamente cancro do estômago, outros como o mieloma múltiplo, o cancro da próstata, do pulmão e do colon e reto, continuam em crescimento, sendo a mortalidade mais elevada no sexo masculino. Segundo a mesma fonte, o cancro do colon e reto é a principal causa de morte oncológica, representando 14% do total de mortes por cancro. Surge de seguida o cancro do pulmão com 13,9%, estômago 11% e o cancro da mama com 7%. O cancro do pulmão é o que mais afeta o sexo masculino em 19%, enquanto o cancro da mama atinge mais o sexo feminino em 17%. Os Distritos que apresentam a maior taxa de mortalidade por cancro são Beja, Setúbal, Lisboa, Porto e Viana do Castelo, estimando-se até 2020 um aumento na taxa de cancro em cerca de 20% (Fontelonga, 2002).

1.4. Psico-Oncologia

A Psico-oncologia é o ramo da Psicologia que se tem catalisado na ênfase colocada ao nível do tratamento da doença oncológica, para a focalização na pessoa doente, nas implicações psicossociais associadas a este diagnóstico, e na sua qualidade de vida e na dos seus familiares. Enquadrando-se no âmbito da Psicologia da Saúde, promovendo a prevenção desta patologia, a Psico-oncologia tem uma importante incidência na prática objetiva e, particularmente, subjetiva da doença. Empenha-se nos aspetos psicológicos, tais como a identificação e ação perante indícios de perturbações de ordem emocional ou de *distresse*⁶ (Dias & Durá, 2002).

A Liga Portuguesa Contra o Cancro (s/d), considera que a possibilidade de ocorrência de psicopatologias associadas, tais como ansiedade ou depressão graves, podem ser minimizados com um acompanhamento continuado a doentes com cancro. Alguns dos efeitos positivos obtidos por via do apoio psicológico junto a estes doentes, também são referidos em estudos que mencionam a diminuição do tempo de recuperação, o melhor controlo na doença,

⁶ De uma forma muito simplista, poder-se-á dizer que o *stresse* pode ser encarado sob duas perspetivas. Quando o *stresse* tem a capacidade de desestabilizar a pessoa, provocando-lhe incapacidade de ultrapassar determinado acontecimento, quando provoca um desgaste físico e psicológico (ainda que controlável) colocando em causa o seu bem-estar é designado de *distresse*. Por outro lado, o *stresse* não deve ser entendido apenas como algo negativo, pois quando numa fase inicial serve para manter a pessoa mais atenta, mais alerta podendo estar ligada a índices mais elevados de energia e até mesmo criatividade. Esta visão positiva do *stresse*, passa por um controlo dos níveis de *stresse*, sendo considerado saudável e adaptativo, sendo designado de *eustresse* (Serra, 2002; Sparrenberger, Santos, & Lima, 2003).

comportamentos de confronto mais eficazes e diminuição de sintomatização (Pereira & Lopes, 2005; Liga Portuguesa Contra o Cancro, s/d).

Sendo uma área de atuação multidisciplinar, conforme referido em Dias e Durá (2002), entre outras ações, a Psico-oncologia atua na intervenção em estratégias de Saúde, prevenção do cancro e de consumo de álcool, e informação sobre os riscos da exposição solar, estimulando a adesão aos rastreios oncológicos, e formações especificamente direcionadas a este tema. Este trabalho de prevenção é de especial importância, indicando o valor de uma política social de saúde, com atuação em toda a comunidade.

O insucesso na adesão terapêutica, passa pelo facto de a informação que o doente necessita não lhe ser transmitida pela equipa. Sendo a intervenção biomédica, direccionada exclusivamente para o controlo de sintomas, alterações físicas e biológicas, é evidente a necessidade da intervenção psicológica, devido às alterações psicossociais desencadeadas pela doença oncológica (Pereira & Lopes, 2005).

Saindo do seu meio familiar e habitacional para integrar uma instituição, devido a uma condição de saúde crónica ou irreversível, deixa de se relacionar com as suas referências habituais, passa a ser *paciente*. Etimologicamente, o termo “*paciente*” significa “*sofredor*” (Mukherjee, 2012).

O diagnóstico de doença oncológica é um acontecimento de vida, que vai despertar um turbilhão de emoções e sentimentos difíceis de gerir, pela intensidade e dificuldade impostas ao paciente em mobilizar recursos para lidar com a notícia (Dias & Durá, 2002).

A Psicologia traz este apporto, à vivência do indivíduo na instituição de saúde, dimensionando-o para lá da sua condição físico-biológica, como ser humano provido de sentido psíquico, emocional e, muitas vezes, necessitando de uma contextualização espiritual. Perante um doente oncológico o primeiro objetivo é o da cura, o segundo é o seu bem-estar. O interesse pela qualidade de vida do paciente surge com o aumento da cura e de prolongamento de vida do doente, tendo o cancro passado a ser considerado uma doença crónica com períodos de remissão. Este conceito pressupõe atenção à vida do paciente, seja a patologia curável ou não (Dias & Durá, 2002).

O bem-estar é um conceito complementar ao prolongamento de vida, ou seja o importante é como é que irá ser esse viver, e não apenas uma maior longevidade. Não é possível subestimar as sequelas físicas, emocionais e estéticas que irão provocar alterações na vida do paciente. Segundo a OMS a cura não é apenas estar livre da doença, mas também a pessoa estar em boas condições psicossociais. Desta forma, e conforme aumenta o grau de

informação para com os pacientes, é importante realçar que em determinadas situações, estes podem optar por tratamentos em que os critérios usados são a sua qualidade de vida em detrimento da quantidade (Dias & Durá, 2002).

O diagnóstico de cancro tem habitualmente um efeito devastador. Embora atualmente ocorram muitos casos de cura, este diagnóstico envolve a ideia da morte, trazendo consigo o medo da mutilação, desfiguração, isolamento, estigma, mudança de papéis, perda de autonomia, e tratamentos dolorosos. Este processo leva ao desencadeamento de processos emocionais, verificando-se o surgimento de psicopatologias associadas ao cancro, tais como ansiedade, depressão, medo, raiva, revolta, insegurança, perdas, desespero, mudanças de humor e desesperança. Todos estes aspetos surgem em maior ou menor número, evidenciando todos eles a importância do apoio psicológico. Habitualmente os pacientes referem o antes e o depois do cancro. Representa uma mudança na sua qualidade de vida, se implica uma alteração na qualidade de vida vivenciada anteriormente. No entanto verifica-se o processo contrário em determinados pacientes, em que a doença leva a uma avaliação da vida, que o conduz a vivência mais satisfatória, devido à forma distinta como passou a sentir e a valorizar a própria vida (Dias & Durá, 2002).

1.5. O Doente Oncológico e os Estágios que atravessa ao Lidar com a Doença

Dias e Durá (2002) e Pereira e Lopes (2005), consideram que a fase imediatamente anterior ao diagnóstico é uma das fases referidas como sendo a de maior vulnerabilidade, ou seja, os momentos em que, existindo alguma suspeita de doença, não há confirmação. Nesta fase em que ainda não se pode rotular o que está a acontecer, ainda não há um nome para os sinais ou sintomas. A espera por uma definição objetiva da sua situação clínica é um dilema do ponto de vista humano, provocando uma grande ansiedade, sendo um acontecimento de vida que provoca uma agitação de emoções e sentimentos difíceis de gerir, pela intensidade e esforço para mobilizar capacidades e recursos necessários, a que a pessoa se sente submetida para lidar com a situação.

Em equipa multidisciplinar, o trabalho sistémico poderá ser uma mais-valia de abordagem integradora no acompanhamento a estas pessoas desde o primeiro momento, facilitando a identificação dos medos, dúvidas e expectativas da pessoa e numa comunicação mais eficaz entre o paciente e o médico. (Pereira & Lopes, 2005).

Efeitos colaterais das terapias geralmente utilizadas em situação oncológica, como é o caso da radioterapia e da quimioterapia, cujas consequências, além de náuseas, vômitos e

fadiga, podem incluir limitações psicomotoras, emagrecimento ou queda de cabelo, fazendo vacilar não só a perceção de qualidade de vida e de bem-estar subjetivo dos doentes, como também a sua identidade e, muitas vezes, a relação com ou outros e a sua autoestima (Dias & Durà, 2002).

Os efeitos da psicoterapia nestas problemáticas, têm sido testados em diversos estudos: Morrow e Morrel, (cit. in Dias & Durà, 2005), comprovaram mais-valias da aplicação de dessensibilização constante com o objetivo da redução de náuseas antecipatórias das sessões de quimioterapia; Lyles et al. (cit. in Dias & Durà, 2005), empregam o treino de relaxamento muscular gradual e o treino por imaginação guiada, obtendo redução das reações à quimioterapia, como sendo estados de ansiedade, ativação fisiológica e náuseas; Linn, Linn e Harris, (cit. in Dias & Durà, 2005), efetuaram o acompanhamento psicológico a doentes em fase terminal, que visava o desenvolvimento de uma relação de confiança em que o doente se sentisse livre para falar do que quisesse sem restrições, bem como o reduzir da negação da situação, a reavaliação e desenvolvimento de sentido do percurso de vida, e a manutenção dos sentimentos de esperança e de controlo.

Entre os vários técnicos, que através do seu trabalho, testemunham esta forma de acompanhamento com pessoas em situação terminal, destaca-se o de Marie de Hennezel, psicóloga que refere a sua importância em cuidados paliativos. Hennezel (2009) menciona esta partilha como o acompanhar do outro numa experiência que, por mais que seja partilhada, é sempre individual e solitária. Nesta fase as pessoas testemunham o seu reavaliar de vida, o seu despedir gradual das referências de um percurso vivenciado, de si próprios e dos outros.

O lidar com a notícia do diagnóstico e com a evolução da situação clínica pode ser fundamental. Sholtz (*cit in* Ogden, 2004) refere que os três estágios que a pessoa atravessa após receber o diagnóstico de doença crónica são: 1) choque – a pessoa é tomada de surpresa e sente-se desorientada podendo aparentar indiferença face à situação; 2) reação de confrontar – na qual o indivíduo aparenta alguma desorganização de pensamento e sentimentos de desespero ou de perda; 3) isolamento – nesta fase pode surgir a aparente negação e um recolhimento da pessoa para si mesma. Moss e Schaefer (*cit in* Ogden, 2004), descrevem o *coping* com três fases ao adaptarem a teoria da crise à doença: inicialmente sucede a avaliação cognitiva que pondera o significado e a gravidade da doença; numa segunda fase, as tarefas adaptativas encarregam-se do lidar com a dor e incapacidade, o lidar com o ambiente e procedimentos hospitalares, o lidar e relacionar-se com os prestadores dos cuidados de saúde,

o procurar preservar o equilíbrio emocional, o conservar do sentimento de mestria e competência, preservando tanto quanto possível a autoimagem, o manter das relações familiares e na vida social, e o adaptar-se à indeterminação do que o futuro reserva; na terceira fase deste processo surgem as competências de *coping* com foco nas emoções, na avaliação, e no problema (Ogden, 2004).

A Psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross (2008), teve um importante papel na medicina, sobretudo no que se refere a doenças terminais, como é o caso do diagnóstico de uma doença crónica, terminal, ou da proximidade da morte. Kübler-Ross descreve esta experiência entre cinco estádios que nem sempre ocorrem por esta ordem, alternarem de forma desordenada ou não se manifestarem na sua totalidade, afirmando no entanto que pelos menos dois serão vivenciados por uma pessoa: 1) negação e isolamento; 2) revolta; 3) negociação; 4) depressão; 5) aceitação.

Na primeira fase, negação e isolamento, verifica-se um ceticismo em relação ao diagnóstico, provocando inúmeras vezes uma fase de isolamento, sentir que se está a viver uma experiência única, individual, não havendo lugar à partilha. Um diagnóstico transmitido de forma repentina sem preparação prévia do doente, pode levar a que nesta fase seja despoletada uma negação angustiada. Na maioria dos casos, no tempo, uma aceitação parcial, irá substituir esta fase. Quando se trabalha com pessoas com doenças crónicas ou, particularmente, em fases terminais, Kubler-Ross chama a atenção para a importância de haver uma avaliação contínua, adequando os comportamentos de forma a promover o mais possível o bem-estar do doente. Esta primeira fase é descrita resumidamente da seguinte forma por Kubler-Ross:

“Em resumo, a primeira reação do doente pode ser um estado de choque temporário do qual ele recupera gradualmente. Quando a sua sensação inicial de dormência começa a desaparecer e ele se consegue recompor, a sua resposta mais comum é «Não, não me pode estar a acontecer a mim». Como, no nosso inconsciente, somos todos imortais, é-nos quase inconcebível reconhecer que também nós temos de enfrentar a morte” (Kubler-Ross, 2008; p. 57).

Geralmente em consequência da fase da negação surge a segunda fase, a ira. Quando esta já não consegue ser suportada e se começa a encarar a realidade do diagnóstico, podem surgir sentimentos de revolta e animosidade inveja. O “porquê eu?”, e não “isto não me pode estar a acontecer”, a pessoa projeta em quem a rodeia, a ira por aquilo que lhe está a acontecer. Particularmente em pessoas habituadas a comportamentos de controlo, esta fase é

dolorosa. A relação com estas pessoas, é problemática, uma vez que a revolta é muitas vezes direcionada para os técnicos de saúde e para os familiares.

Após passar pelas fases da negação e isolamento, sentindo que a ira também não foi solução, a negociação é uma fase igualmente explicada por Kubler-Ross, como uma fase útil no processo que o doente atravessa. Inclui os mecanismos que a pessoa faz para tentar adiar qualquer evolução desagradável da doença, ou que a sua vida possa voltar a ser como era através de estratégias de “bom comportamento”, como por exemplo, a total adesão à terapêutica ou um pacto secreto com Deus em troca de maior longevidade ou da cura. Estas promessas, ocorrem muitas vezes em segredo e podem ter a conotação de culpabilidade, pelo que será útil, a fim de se poder trabalhar esta eventual emoção com o paciente, que sejam apercebidas pelos técnicos.

A depressão é a quarta fase, que surge em consequência do lidar continuado com o diagnóstico, em que a pessoa já não nega nem se revolta, já não negoceia. Aqui há uma aproximação clara e consciente de um processo de perda que é factual e que pode abranger várias áreas da vida da pessoa, desde a sua vida afetiva, como profissional, económica, social ou outras, devido à introspeção e necessidade de isolamento. Apesar de nesta fase ocorrer um sofrimento profundo, de tristeza, angustia, culpa, desespero e medo, Kubler-Ross realça a possível utilidade destas emoções, se o paciente conseguir, com ajuda ou não, servir-se deste processo para preparar o seu espaço, cuidar dos detalhes do que quer arrumar na sua vida, para encarar a provável morte iminente:

“Quando a depressão é um instrumento para preparar o paciente para a perda de todos os objetos do seu amor, de forma a facilitar o estado de aceitação, então os encorajamentos e as tentativas de tranquilização não são tão pertinentes” (Kubler-Ross, 2008, p. 107).

A aceitação corresponde à quinta fase. Este estágio equivale ao culminar de um processo intenso de mergulhar em si mesmo, de se analisar a si e aos seus sentimentos, às suas relações e memórias, aos seus desejos, medos e despedidas graduais. Não devendo ser confundida com um estágio feliz, é uma fase quase vazia de sentimentos, de reencontro consigo mesmo e com o seu destino de forma apaziguada, se possível em paz e com dignidade:

“Se um paciente teve tempo suficiente (ou seja, se a sua morte não foi súbita, inesperada) e recebeu alguma ajuda para trabalhar a fundo as etapas antes descritas, alcançará um estágio em que não estará nem deprimido nem zangado com o seu «destino» ” (Kubler-Ross, 2008, p. 133)

As patologias associadas à ideia de morte, sofrimento, solidão ou perda levam ao equacionar de valores e estratégias tidos anteriormente como normativos (Barbosa & Neto, 2010). O papel do psicólogo é fundamental para acompanhar os pacientes e os respetivos familiares neste trajeto de âmbito físico, psicológico, emocional e espiritual, que leva, geralmente, a um crescimento dos envolvidos, enquanto grupo que experiencia algo em comum (Castro, 2001; DeAngelis, 2002). Desde o momento do diagnóstico da doença crónica ou irreversível, o paciente (assim como a maioria dos que lhe são próximos), inicia um processo de transformações e perdas graduais, pequenos lutos sucessivos respeitantes às suas anteriores referências e valências vivenciais, que afetam, geralmente a sua perceção de segurança, tais como: mudanças em funções e aptidões físicas, alteração da imagem corporal, oscilações na autoestima, assim como, o reequacionar de objetivos e projetos futuros. A presença do psicólogo junto ao doente, assim como junto aos seus familiares, é essencial neste redimensionar do autoconceito e da represetivação do dia-a-dia do paciente. Das suas competências deve fazer parte a capacidade de escuta tranquila e atenta, a disponibilidade e a entrega, para apoiar o outro neste percurso, assim como a ajuda à equipa multidisciplinar na componente da comunicação inter-equipa e com o binómio doente-família (Teixeira, 2006).

1.6. O Papel do Psicólogo

A colaboração da psicologia na oncologia e nos hospitais, embora não tendo muitos anos (Pereira & Lopes, 2005; Teixeira, 1999), é um contributo na prevenção do distresse e de outras consequências, como estados depressivos ou ansiosos. A ocorrência de reações dos pacientes serem, por vezes, auto debilitantes em consequência do sofrimento pelo qual passam (já que os estados depressivos podem afetar o funcionamento imunológico), o acompanhamento psicológico pode, aqui, ter um papel diferenciador no suporte e na gestão de *coping* com o stresse psicológico que frequentemente emerge quando estas situações são enfrentadas pela pessoa (Dias & Durá, 2005; Monat & Lazarus, 1991, Pereira & Lopes, 2005).

Verbalizar os seus sentimentos, crenças, medos, ansiedades e esperanças, pode ser possibilitado à pessoa com doença oncológica, através de apoio psicológico continuado. Estudos de Dias e Durá (2005), de Pereira e Lopes (2005), conforme já referido, evidenciam que este tipo de acompanhamento pode auxiliar na adesão a tratamentos, a minimização de sintomatologia relacionada, a promoção da perceção de autocontrolo e de autoeficácia que podem ser fundamentais na adesão a estratégias terapêuticas e no confronto com a doença.

No século XX, a partir da década de 80, Edelman, Craig e Kidman (2000 citado em Maia & Correia, 2008), após uma intensa revisão, identificaram oito estudos, do ponto de vista científico considerados aceitáveis. Em três estudos foram detetadas evidências na relação entre tempo de sobrevivência e intervenções psicológicas, não tendo sido encontrada qualquer relação nos restantes cinco estudos. Referenciando as estratégias de *coping*, o tempo de sobrevivência pós diagnóstico não manifesta um consenso relativamente a estas variáveis.

O psicólogo tem um potencial preventivo muito elevado, sendo essencial que nesta área haja conhecimento e formação (Alexander, 2004; Venâncio, 2004 citado em Maia & Correia, 2008; Twycross, 2003). A influência positiva de uma intervenção psicológica na melhoria do funcionamento emocional e psicológico, assim como biológico, e na assimilação de atitudes pró-saúde tem sido apresentado em vários artigos (Andersen, Farrar, Gonden-Kreutz, Glaser, Emery, Crespín, 2004 citado em Maia & Correia, 2008). De acordo com Carlson e Bultz (2003 citado em Maia & Correia, 2008), esta influência manifesta-se na melhoria da qualidade de vida do paciente.

A sua atuação extravasa o núcleo do paciente-família e chega, também, à equipa médica e de enfermagem, com a qual colabora ao nível da comunicação, tendo em conta as características emocionais de todos os envolvidos (Castro, 2001). Segundo Teixeira (2006, p.165), a atuação do psicólogo da saúde visa:

“...investigar e intervir sobre factores psicológicos relacionados com a promoção e manutenção da saúde, com a prevenção da doença, como o tratamento e reabilitação do doente, procurando simultaneamente contribuir para a humanização dos serviços de saúde e para a melhoria dos cuidados”.

Conforme salientado por Cohen (1999 cit. in Castro, 2001), todos somos seres de relações, existindo numa consciência de convívio social que implica o respeito à dignidade do outro.

O papel do psicólogo clínico, quando fazendo parte da equipa multidisciplinar e devidamente treinado através de formação específica, trabalha, em conjunto com perspetivas sistémicas integradas (equipa, família), ao nível da resiliência do paciente e demais envolvidos, das estratégias de *coping* e do trauma e respetiva atribuição causal, perfazendo um todo de “transição cognitiva”. Para este trabalho é fundamental, antes de mais, uma visão e treino ao nível da Psicologia Clínica, para maior facilitação nos relacionamentos colaborativos e nas respostas de *coping*. O contributo em equipa multidimensional é estratégico (Alexander, 2004).

Ao nível das terapias, o psicólogo clínico e da saúde desenvolve competências abrangentes, de forma a conseguir adaptar-se da melhor forma ao paciente e situação em causa: cada paciente é um indivíduo único e deve ser visto como tal. Assim, nessa entrega total, o psicólogo deve adaptar a terapia de acordo com as idiossincrasias daquele doente, tendo o cuidado de trabalhar de forma eclética terapias psicodinâmicas, cognitivo-comportamentais, ou sistémicas ao nível da família e endogrupos (Alexander, 2004).

Recentemente tem-se vindo a chamar a atenção para a necessidade de ver a família como um todo em transformação, no qual podem sobressair terapias direcionadas ao desgosto, coesão grupal, manifestações de expressividade e redução de conflitos, como tratando-se de desenvolvimento de estratégias de *coping* específicas (Alexander, 2004).

Ogden (2004) sugere que o papel da Psicologia na doença cancerígena se pode justificar devido a algumas das conclusões trazidas pelos diversos estudos nesta área: a) as pessoas não reagem da mesma forma em termos de evolução da doença, mesmo com prognósticos idênticos; b) se as células cancerígenas estão presentes no organismo de todos nós, porque é que alguns desenvolvem a patologia e outros não; c) apesar do diagnóstico, nem todas as pessoas morrem em sua consequência (Ogden, 2004). Servan-Schreiber acrescenta aos fatores biológicos (possível tendência genética) e aos fatores psicológicos (lidar com as suas emoções e com situações que tendo causado sofrimento devem ser geridas pelo próprio), os fatores de estilo de vida (hábitos alimentares, exercício, relações sociais e familiares), realçando a importância das políticas económicas e industriais ocidentais poderem eventualmente ter um papel fulcral no potencial de condições para a proliferação de determinados tipos de cancro (Servan-Schreiber, 2010). Ogden (2004) menciona estes fatores como *comportamentais* e acrescenta o stresse como fator também referenciado por vários estudos. Se a Psicologia não pode influenciar de forma direta as políticas económicas, pode, seguramente, ser promotora de hábitos de vida saudáveis que vão desde a autoimagem, até à alimentação, passando pelo exercício físico e pelo estabelecimento de relações saudáveis com os outros e consigo mesmo. Estas estratégias são tão valiosas antes do diagnóstico, como durante e depois, embora nestas fases, a Psicologia acresça outras componentes essenciais de apoio a pacientes (como por exemplo a gestão da dor oncológica e da autoestima), bem como a familiares (tal como a aceitação da problemática e gestão da relação com o indivíduo doente) (Ogden, 2004).

É importante que as pessoas a quem é diagnosticada uma doença oncológica lhes seja inculcado desde uma fase inicial que não devem assumir o estatuto de vítimas, ou pelo menos

têm de deixar de se ver como tal. A maneira de encarar a doença poderá ter uma grande influência no processo de recuperação principalmente se diagnosticada precocemente (Twycross, 2003).

1.7. Modelos de Intervenção

Técnicas baseadas no modelo cognitivo, bem como no modelo humanista, deverão ser tidas em atenção. No entanto, paciente com diagnóstico efetuado ou em internamento para intervenção cirúrgica, a abordagem poderá basear-se nos modelos de crenças de doença.

Em ambiente hospitalar, a abordagem muitas vezes utilizada recorre a algumas técnicas de inspiração cognitiva (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997) e/ou comportamental, tais como a promoção de narrativa e o reforço para utilização de estratégias de confronto, bem como algumas técnicas baseadas no modelo humanista, como o devolver à pessoa, do seu pensamento verbalizado, de forma a promover uma análise mais profunda (Rogers, 2009).

Por não se tratar de fases de prevenção primária ou secundária, neste tipo de acompanhamento, nas quais as crenças de saúde dariam um bom apoio de análise estratégica, é essencial ter em atenção as crenças de doença nomeadas por Leventhal e colaboradores (*cit. in* Ogden, 2004) e reforçadas por Lau e colaboradores (*cit. in* Ogden, 2004) ou Bishop e colaboradores (*cit. in* Ogden, 2004), bem como no modelo de autorregulação através do qual estas crenças podem ser equacionadas. Leventhal e colaboradores (*cit. in* Ogden, 2004) descrevem cinco cognições relacionadas com a doença: a) a identidade – nomear a doença e os seus sintomas; b) a causa percecionada – representações que o indivíduo faz sobre a doença e a respetiva causa biológica ou psicossocial; c) a dimensão temporal, que a pessoa crê estar inerente à vivência da doença; d) as consequências – a nível físico e/ou emocional; e) as possibilidades de cura e de controlo da doença neste nível está a crença da pessoa da possível cura ou controlo da doença e/ou das suas consequências, esteja este controlo na mão de outros ou do próprio.

Estas cognições foram testadas por autores como Lau ou Bishop (*cit. in* Ogden, 2004), através de metodologia quantitativa cujos resultados demonstram a presença destas cinco dimensões de crenças de doença.

Através do modelo de autorregulação, a interpretação feita aos comportamentos do sujeito face à enfermidade, como tratando-se de uma abordagem idêntica à de resolução de problemas. Se a pessoa sente que a doença é algo que lhe retira o equilíbrio tido como regular, este ficará motivado para reaver esse equilíbrio mobilizando as estratégias ao seu alcance. A

resolução do problema da doença é descrito por este modelo através de três fases: 1) a interpretação – esta fase visa atribuir um significado ao problema (esta significação pode ser condicionada pelas crenças de doença que a pessoa tem), a percepção que o indivíduo faz sobre a sua doença pode ser através de sintomas, por mensagens (ex.: a descrição médica) ou por ambas podendo condicionar as estratégias que a pessoa adote para lidar com a situação-problema; 2) o *coping* – o desenvolvimento e adoção de estratégias de *coping* pode ser feito pela via do *coping* de aproximação (ou seja, a pessoa toma iniciativas proactivas para lidar com a sua doença tendo um papel ativo na sua recuperação), ou por via do *coping* de evitamento (isto é, a pessoa isola a informação e entra em negação face à situação-problema); 3) a avaliação ou ponderação – nesta fase o indivíduo avalia a eficácia das suas estratégias de *coping* e ou reforça outras alternativas ou as adota (Ogden, 2004).

A existência destas três fases não é sequencial, mas ativa inter-relacionando-se de forma a permitir ao indivíduo a recuperação do seu equilíbrio ou normalidade que é identificado como o estado de saúde. Leventhal perspetiva a sua lista de crenças de doença através deste modelo de componente cognitiva (Ogden, 2004).

“...quase no limite do momento fugaz, dou-lhe a voz que ele já quase não tem, mas a voz suficiente que aquele ser humano(...) precisa para que a esperança que já quase não é esperança seja mais do que isso, mas a esperança suficiente para saber que alguém o escutou, alguém o viu, alguém o sentiu, que se afinal não é um ninguém que o escuta, que se é alguém que o vê, que se é alguém que o sente, e, ainda por cima, lhe dá esperança...” (Colaço, 2011, p. 433-434).

1.8. Paciente oncológico e familiares

A denominação de cancro é um termo muito genérico e pode ser associado a mais de uma centena de doenças com designações específicas, onde se destacam os tumores malignos em diferentes partes do corpo, podendo a sua origem ser distinta (Gomes & Silva, 2013).

Com o número de casos de cancro a aumentar, as estimativas crescentes de novos casos, o número de sobreviventes cada vez maior e o aumento da longevidade, segundo a American Cancer Society (1996), cerca de 75% das famílias americanas poderão ter pelo menos um sobrevivente de cancro no seu agregado familiar. Assim, percebe-se que o cancro não é apenas uma questão individual, mas antes um problema familiar que a todos diz respeito. Mesmo durante o internamento e depois da alta médica são os familiares ou amigos, denominados de cuidadores informais ou cuidadores primários (Kim, Baker, Spillers, & Wellisch, 2006; Weitzner, Jacobsen, Wagner, Friedland, & Cox, 1999) ou prestadores de cuidados (Pereira, & Silva, 2012) que auxiliam os pacientes.

A responsabilidade de cuidar, seja de um paciente com cancro, de um familiar doente ou de alguém com algum tipo de deficiência, que de certa forma está dependente pode ser gerador de tensão e stresse significativos (Kim, Baker, Spillers, & Wellisch, 2006; Pereira, & Silva, 2012; Weitzner, et al., 1999). Mas o ato de cuidar parece ser intrínseco ao ser humano, sendo uma adaptação constante assente numa relação biunívoca (pessoa alvo de cuidado e cuidador), que depende da idiossincrasia de cada elemento e depende do respeito e da forma como a situação de dependência é acolhida.

De acordo com Honoré (2004, p. 17) cuidar reflete a preocupação com o outro e “...indica uma maneira de se ocupar de alguém, tendo em consideração o que é necessário para que ele realmente exista segundo a sua própria natureza, ou seja, segundo as suas necessidades, os seus desejos, os seus projectos...”.

Alguns estudos revelam que o prestador de cuidados apresenta muitas vezes mais sintomas depressivos do que os próprios doentes, o que poderá estar ligado ao medo da perda (Ganz, et al, 2004; Gazallea, Limab, Tavares, & Curi, 2004; Mojinyinola, 2010; Weitzner, et al., 1999).

Segundo Aneshensel, Pearlin, e Schuler, (1993), realizada a analogia entre o cuidador de crianças recém-nascidas e o cuidador de um paciente oncológico, a grande distinção parece ser previsão e a escolha de ser cuidador, algo que não acontece com o cuidador de um paciente oncológico. O cuidador assume um papel relevante, complexo, com pouco tempo para se preparar e assimilar esta nova função, que muitas vezes não é falada mas sim subentendida e onde a formação para desempenhar esta função é muitas vezes inexistente. Para além das necessidades sentidas pelo prestador de cuidados em termos técnicos, deveria existir um período de reflexão do cuidador, de forma a preparar-se emocionalmente para poder encarar o doente como um todo, uma vez que na esmagadora maioria das vezes o cuidador é um familiar (Esperdigão, & Munari, 2000).

Desta forma, o cuidador pode desempenhar um sem número de tarefas e funções. Muitas vezes tem de ser pai e mãe, avó e irmão em simultâneo, cuidador do paciente, tendo que cumprir com as suas responsabilidades laborais... e esquecendo-se de si próprio. É neste sentido que Pereira e Silva (2012, p. 43) alertam que o cuidador deve ter consciência “...das suas próprias necessidades e vulnerabilidades, isto é, compreender o processo de transição que está a viver”.

Este processo de transição pode implicar transformações muitas vezes significativas no quotidiano das famílias, onde a organização em termos de tempo, espaço, tarefas,

abdicando de aspetos relevantes para o seu bem-estar poderão ter um impacto importante na vida do cuidador. Também a incerteza de não estar à altura das exigências, o agravamento do estado de saúde do doente e a falta de informação pode gerar elevados níveis de ansiedade, principalmente na altura do doente ter alta (Gilbar, & Refaeli, 2000; Pereira, & Silva, 2012; Weitzner, et al, 1999).

Honoré (2004) realiza a distinção em termos de funções executadas pelo cuidador e as dimensões que lhe podem estar associadas. Por exemplo, o cuidador formal poderá ser a pessoa que é paga para prestar um serviço e que poderá ter alguma formação na área; já o cuidador informal normalmente é uma familiar ou amigo que não é remunerado e que provavelmente não terá formação específica; o cuidador primário presta os cuidados necessários ao paciente e o cuidador secundário tem a função ajudar e aliviar o cuidador principal (primário). Em termos de dimensões o cuidado poderá assumir uma dimensão humana, relacional, emocional, profissional, ética e social.

Assim a palavra cuidador, parece-nos bem atribuída à exigência da função. Dissecando a palavra “cuidador”, trata-se de um ser humano que tem a exigente função de “cuidar – da – dor”, cuidar da necessidade do outro esquecendo muitas vezes a sua própria necessidade, é preocupar-se e dar atenção ao aspeto físico e emocional de alguém. No fundo é dar mais do que receber.

De acordo com a investigação desenvolvida por Pereira e Silva (2012), a função de prestador de cuidados foi definida por uns como compensadora principalmente por se tratar de um familiar, por outros, mencionada como desgastante, salientando a perda de liberdade e de autonomia, a dependência que gera a transição situacional, sendo muito exigente para o cuidador.

Segundo Kim, Baker, Spillers, e Wellisch (2006), estas pessoas com múltiplas funções sociais são na sua grande maioria de meia-idade. De acordo com os mesmos autores os cuidadores de pacientes oncológicos que se encontrem a trabalhar e que tenham a seu cargo crianças têm uma responsabilidade acrescida, pelo que deveriam ter um apoio especializado no sentido de reduzir a tensão e melhorar a adaptação e o ajustamento emocional. Assim como, os cuidadores desempregados que tenham a responsabilidade de cuidar de crianças também deveriam ter ajuda uma vez que podem não reconhecer o seu papel como importante e significativo.

Apesar de existirem alguns estudos que mencionam que tanto os cuidadores como os pacientes quando se encontram a trabalhar revelam menores níveis de ansiedade e stresse e

consequentemente um melhor nível de ajustamento emocional, sugerindo que esta função adicional (trabalhar) seria benéfica (Gomes & Silva, 2013), outros estudos indicam que mulheres que trabalham e têm a seu cargo crianças mais novas evidenciam níveis de ansiedade superiores às mulheres que trabalham mas que têm filhos mais velhos, sendo o desajustamento emocional menor no último grupo e previsivelmente a tensão de papéis também ela menor (Halpern, 2005; Pavalko, & Woodbury, 2000).

Mesmo quando se discute o tema de doenças oncológicas em crianças, os pais têm um papel fundamental, ainda que muito desgastante. Todas as fases da doença são importantes, e os pais alertam para a necessidade do sistema de saúde olhar para os familiares de outra forma, principalmente a necessidade de apoio psicológico. A possibilidade de recorrência da doença é algo que está latente no pensamento dos progenitores, podendo ser uma experiência constantemente traumática. A instabilidade quer do paciente, quer da família parecem estar significativamente relacionadas com o desajustamento emocional (Cella, Mahon, & Donovan, 1999; Mijoyinola, 2010; Weitzner, et al, 1999).

Sanchez, Ferreira, Dupas e Costa (2010) aludem para a necessidade de um acompanhamento e preocupação adicional com as crianças e idosos quando existe algum familiar com cancro. Quanto às crianças as rotinas poderão ser alteradas e existir uma desestruturação familiar sendo fundamental manter o equilíbrio, a comunicação e coesão. A partir dos 60 anos, principalmente os cuidadores apresentam um risco de mortalidade muito superior pois a existe uma inclinação para se preocuparem mais com os outros.

Segundo Galinha e Pais-Ribeiro (2005), situações como conflitos e guerras, dificuldades económicas, dificuldades no local de trabalho, relacionamentos conturbados, a ausência de suporte familiar e social são apenas alguns exemplos que poderão estar na origem do desajustamento emocional e nas dificuldades de adaptação sentidas por algumas famílias.

Alguns estudos têm revelado uma associação forte e significativa entre o suporte social e o BES. O suporte social é definido como a ajuda que as pessoas têm ao longo do ciclo vital, proporcionado por familiares, amigos, relacionamentos estáveis, vizinhos ou apoio institucional. O suporte social poderá ter um impacto significativo principalmente junto de pessoas mais velhas, reduzindo o sentimento de solidão e aumentando a perceção de BES (Rodrigues, Ferreira, & Caliri, 2013; Woyciekoski, Stenert, & Hutz, 2012).

De acordo com Gilbar e Rafaeli (2000) o ajustamento emocional relacionado com a doença oncológica de filhos adultos por parte do cuidador e dos familiares em geral,

mostraram que os progenitores se adaptaram melhor no que respeita às questões ligadas à saúde, contudo as dificuldades fizeram-se sentir no ambiente doméstico.

Pacientes e cuidadores que encarem a experiência oncológica como algo que os fez crescer, aprender, a valorizar a vida e os momentos em comum revelavam níveis superiores de bem-estar subjetivo, todavia, a falta de suporte social, baixos níveis de instrução e condições económicas limitadas fizeram com que a experiência oncológica na qual estiveram envolvidos (pacientes e familiares) não fosse encarada como uma aprendizagem (Pinquart, Frohlich, & Silbereisen, 2007).

O medo da recorrência da doença, mostrou pais mais ansiosos, com mais sintomas depressivos, e baixa autoestima. Pais que apresentem maiores dificuldades em lidar com a doença dos seus filhos podem demonstrar mais dificuldades ao nível da comunicação, parecem ser pessoas mais insatisfeitas com a vida e apresentam maiores níveis de pessimismo (Fotiadou, et al., 2008).

De acordo com Kim, Baker, Spillers e Wellisch (2006) mais de 60% dos sobreviventes de cancro nunca recorreu a um serviço comunitário para o auxiliar nas suas necessidades diárias, o que de certa forma poderia aliviar o cuidador ou o prestador de cuidado.

2. BEM-ESTAR SUBJETIVO (BES)

O bem-estar subjetivo (BES) é um conceito complexo, que se encontra ligado a uma visão pluridimensional. Antes de mais, está ligado à dimensão positiva e tem as suas raízes em componentes cognitivas e emocionais salientando-se a satisfação com a vida e a realização a vários níveis. Como indica o conceito, a subjetividade inerente poderá igualmente estar associada à maneira como a pessoa encara a sua vida. Neste sentido, outros domínios poderão ser úteis para melhor compreender o BES, como a Qualidade de Vida ou a afetividade (positiva e negativa) (Diener, Lucas, & Oishi, 2001; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005)

Por ser um conceito tão vasto, várias áreas da Psicologia se têm debruçado sobre o tema, nomeadamente, a psicologia social, a psicologia clínica ou a psicologia da saúde. O BES é considerado um conceito relativamente recente, pelo menos nos moldes em que o conhecemos na atualidade, que se iniciou com o estudo de Wilson na década de 60 do século passado (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Wilson (1967) formulou duas hipóteses quanto ao conceito de bem-estar: a primeira hipótese encontrava-se associada a conceitos de natureza positiva como a satisfação e felicidade, relacionados normalmente a fatores extrínsecos à pessoa como por exemplo

situações do dia-a-dia ou variáveis sociodemográficas que denominava *Bottom Up*; a segunda hipótese, pelo contrário, ligada a conceitos e valores pessoais ou valores intrínsecos que denominava de *Top Down*. Assim, a satisfação e felicidade dependiam da forma como cada pessoa se adaptava, das suas expectativas, das experiências ocorridas no passado, da analogia da sua vida com a vida dos outros ou dos valores que lhe foram incutidos, neste sentido, a satisfação das necessidades seria capaz de originar a felicidade, já se essas necessidades não fossem satisfeitas poderiam traduzir-se em descontentamento e infelicidade (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005; Woyciekoski, Stenert, & Hutz, 2012).

Ao longo dos tempos, os investigadores que se referiam ao conceito Qualidade de Vida sentiram a necessidade de realizar a distinção entre bem-estar material e bem-estar global. Apesar da Qualidade de Vida estar mais associada ao bem-estar em geral do que ao bem-estar material, estes conceitos são indissociáveis (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005). Segundo Van Praag e Frijters (1999), o bem-estar material passava por uma apreciação da pessoa em relação ao seus rendimentos e à contribuição que o dinheiro poderia ter na aquisição de bens e serviços que lhe permitiam aceder ao bem-estar global. Mas o bem-estar global é muito mais do que bem-estar económico ou material. Existem ainda outros fatores ligados ao bem-estar e à qualidade de vida como são o caso da saúde, dos relacionamentos (estáveis), da autonomia religiosa e política ou da satisfação laboral.

Mais tarde, na década de 70, dá-se uma mudança na preocupação, denominada como a Segunda Revolução na Saúde. Se antes o enfoque era colocado na doença, com a preocupação pública da melhoria das condições de higiene e segurança, com o desenvolvimento do saneamento, permitiram controlar os níveis de mortalidade (Ogden, 2004) e algumas epidemias (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005). A melhoria das condições laborais permitiu igualmente um maior cuidado com a alimentação e apesar de não ser uma preocupação central no pensamento das famílias de então, foi o começo (Ogden, 2004), fruto da implementação do modelo biomédico (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005; Ogden, 2004).

A Segunda Revolução na Saúde mais do que se preocupar com a doença, preocupa-se com as condutas e comportamentos que poderiam colocar em causa a saúde nomeadamente os consumos excessivos que tornavam as pessoas dependentes (álcool, tabaco e drogas), assim o seu foco era a saúde e estas pessoas eram vistas como alguém que necessitava de apoio e tratamento (Galinha, Pais-Ribeiro, 2005; Ogden, 2004). Desta Revolução nascem conceitos como promoção da saúde e estilos de vida. Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde & Organização Mundial de Saúde

(2001), saúde é mais do que a ausência de doença, onde as pessoas estão aptas a cumprir e a satisfazer os seus desejos e necessidades, assim como a interagir e modificar o meio envolvente, podendo ser encaradas individualmente ou em grupo. A definição comporta ainda um conceito de bem-estar físico, mental e social, que segundo os mesmos, se devem aos esforços e à evolução da prevenção associados à evolução da medicina e dos conhecimentos das ciências biológicas e comportamentais. Contudo, Segre e Ferraz (1997, p. 539), não partilham da mesma visão, referindo-se a este tipo de definição como “...irreal, ultrapassada e unilateral”, pois consideram-na utópica, sem fatores discricionários concretos, palpáveis e objetivos que podem variar de pessoa para pessoa. Apesar de se reconhecer algum sentido nas críticas apontadas por Segre e Ferraz, ir-se-á adotar a visão mais vulgarmente difundida da OMS. Assim, a noção de bem-estar surge desde a altura da Segunda Revolução na Saúde ligada à saúde que se estendeu à saúde mental (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005). Surge desta forma uma visão mais abrangente que encara o ser humano como um ser biológico, psicológico e social (modelo biopsicossocial), analisando o Homem no seu todo (visão holística) e coloca em causa o modelo biomédico considerado a partir de então algo redutor (Ogden, 2004).

Autores como Saraceno (cit. in Galinha & Pais-Ribeiro, 2005), abordam fatores que direta ou indiretamente poderão influenciar a saúde e bem-estar e até mesmo predispor a pessoa para determinadas doenças, entre as quais doenças do foro psiquiátrico e os contextos têm um papel importante. Fatores como conflitos e guerras, dificuldades económicas, dificuldades no local de trabalho, relacionamentos conturbados, falta ou ausência de suporte familiar e social são apenas alguns exemplos.

Ao falar de BES, não se pode deixar de abordar o conceito de saúde mental, apesar de não existir uma definição comumente aceite, parece ser unanime que está relacionada com a ausência de perturbações mentais. Conceitos como BES, autoestima, auto percepção, autoconceito, autoimagem, autoeficácia, autonomia são parte de um conceito mais abrangente que é a saúde mental (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999). O enfoque deixa de ser colocado nos sintomas que fazem a pessoa sentir-se doente, para ser colocado nas situações, reações pensamentos e emoções que lhes trazem alegria e felicidade, este parece ser o ponto de viragem na Psicologia da Saúde (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Alguns investigadores utilizam como sinónimos conceitos como saúde mental, bem-estar subjetivo, felicidade ou satisfação com a vida em virtude de estarem interligadas à vertente positiva da saúde. Outros investigadores fazem questão de os diferenciar.

Três décadas depois da 2.^a Revolução na Saúde, alguns investigadores reafirmam que a psicologia, nomeadamente a Psicologia Clínica ainda se encontra presa ao trabalho com pacientes com perturbações do foro mental, que apenas querem trazer as pessoas de um estado doente (negativo) para um estado considerado normativo (neutralidade). Estes novos investigadores insistem, que para além de um estado normativo as pessoas devem ser conduzidas para além deste estado zero (normalidade), é importante que as pessoas sejam estimuladas a pensar, sentir e agir de uma forma mais positiva com o intuito de se sentirem realizadas, preenchidas, satisfeitas e felizes, que vai ao encontro das diretrizes da Psicologia Positiva. A investigação neste campo parece ter ganho novos adeptos, pois o n.º de investigações aumentou significativamente, associando conceitos como o otimismo, felicidade, afetividade positiva ou traços de personalidades considerados como mais salutareos (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Sendo um conceito abrangente como já referimos, o BES é dirigido para a pessoa. Esta pessoa é então um ser único, uno, indivisível, irrepetível, idiossincrático em cada contexto. Para além de um conceito difícil de definir, a tarefa também pode não ser fácil visto que cada pessoa tem a sua maneira de pensar, de sentir de agir (Santos, 1991; Silvestre, 2011).

Ainda assim o BES poderá ser definido com um processo avaliativo que comporta uma componente cognitiva. Neste processo de avaliação, a pessoa terá de realizar uma apreciação do seu percurso e da sua experiência de vida, critérios estes que lhe permitirão uma avaliação global sobre a sua satisfação com a vida, ou específica segundo algumas áreas de vida (ex. pessoal, profissional, religiosa, política). Esta apreciação não pode ser despojada de uma componente emocional que tende a ser avaliada de uma forma positiva ou negativa, que poderá ser enquadradas em termos mais genérico numa conceptualização de felicidade ou especificamente traduzida em emoções (Diener, Lucas, & Oishi, 2001; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005). Apesar das dimensões cognitivas e emocionais serem distintas e autónomas, estas encontram-se fortemente correlacionadas (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999).

Segundo Diener, Lucas, e Oishi⁷, (2001, p.63), BES é:

“Thus, subjective well-being is a broad concept that includes experiencing pleasant emotions, low levels of negative moods, and high life satisfaction. The positive experiences embodied in high subjective well-being are a core concept of positive psychology because they make life rewarding”.

⁷ Tradução livre: “Assim, bem-estar subjetivo é um conceito amplo que inclui experimentar emoções agradáveis, baixos níveis de humor negativo e elevados níveis de satisfação com a vida. As experiências positivas incorporadas no bem-estar subjetivo são um conceito central da psicologia positiva, porque tornam a vida gratificante”.

Uma outra visão sobre o BES surge dos investigadores McCullough, Heubner e Laughlin (2000) e Hutz, Midgett, Pacico, Bastianello, & Zanon, 2014; Pacico, Zanon, Bastianello, e Hutz, (2014) que referem a existência de uma conceção tridimensional, nomeadamente a satisfação com a vida de uma forma global, afetividade positiva e afetividade negativa. Segundo estes autores, estes conceitos encontram associados mas são distintos. A satisfação com a vida é apreciada de uma forma holística, segundo uma vertente cognitiva que se encontra aglutinada ao lado positivo do BES. Já a afetividade positiva ou negativa diz respeito aos sentimentos e emoções que assolam a pessoa, assim, o BES positivo está ligado ao experimentar e vivenciar emoções predominantemente positivas realizando, desta forma, uma apreciação mais positiva e agradável da sua vida. Mas segundo estes autores, os acontecimentos do quotidiano poderão influenciar esta apreciação.

Alguns autores têm igualmente associado a avaliação do BES a um estado emocional mais constante e duradouro, pois só lhes faz sentido realizarem esta análise tendo em conta a comparação com experiência anteriores para perceber se existe uma constância do estado emocional ao longo do tempo (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Para Diener, Suh, Lucas e Smith (1999), o BES não deve ser encarado como um conceito singular e específico, devendo antes ser visto como um campo a investigar e a conhecer.

Existem ainda outros autores que salientam que o BES está intimamente ligado a uma conceção de vida agradável e positiva (Diener, Lucas, & Oishi, 2001; Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005; Woyciekoski, Stenert, & Hutz, 2012), todavia a parte menos positiva da vida, o lado mais cinzento da mesma, também deverá ser tido em consideração. É importante que as pessoas façam uma análise séria, comparativa com outros momentos da sua vida para perceber se as cognições e o estado emocional se mantêm, ou se porventura, se a sua visão se altera substancialmente com os acontecimentos do dia-a-dia (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Diener, Suh, Lucas e Smith (1999) referem-se ao BES não tanto como um conceito, mas como uma área de investigação com três características importantes. Por um lado, o BES deveria ser encarado de uma forma mais generalista, ou seja, apesar da parte com maior relevância ser parte a positiva do bem-estar, também se deveriam debruçar sobre os aspetos indesejáveis do bem-estar que variam segundo a idiosincrasia das pessoas. Por outro lado, salientam que ao BES deveria ser dada uma primazia às experiências internas partindo assim de uma avaliação individualizada sem a imposição de critérios extrínsecos ao sujeito. O

terceiro ponta salienta uma estabilidade ao longo do tempo e não uma avaliação momentânea das emoções.

Os investigadores Woyciekoski, Stenert e Hutz (2012) debruçaram-se sobre o estudo dos determinantes do BES, salientando a existência de determinantes intrínsecos e extrínsecos à pessoa.

Como *determinantes intrínsecos*, sugerem entre outro a personalidade, o locus de controlo, cognições e emoções, estratégias de *coping*, a religiosidade ou espiritualidade. A *personalidade* é um fator capaz de predizer o BES, algo que poderá estar intimamente ligado a fatores inatos. Tendo em conta o modelo dos 5 fatores de Costa e McCrae, os fatores extroversão e neuroticismo parecem ser os que mais se associam ao BES, uma vez que elevados índices de extroversão parecem estar forte ou moderadamente associados ao BES, assim como os baixos índices de neuroticismo. Também o *locus de controlo* sugere a existência de uma ligação com o BES. Pessoas com locus de controlo externo demonstram sentimentos maioritariamente negativos evidenciando baixos níveis de satisfação com a vida, quanto ao locus de controlo interno as emoções e os afetos são vistos como algo positivo, também ligados a fatores de maior autoestima e adaptabilidade. As *cognições* têm um papel importante na avaliação do BES, visto que a maneira como se percebe o mundo, se compreende e se pensa pode influenciar a análise de determinadas situações, tendo em conta experiências passadas (Woyciekoski, Stenert, & Hutz, 2012).

Segundo Smedema, Catalano e Ebener (2010), *estratégias de coping* preferencialmente negativas apresentam uma correlação negativa com a autoestima e o BES, pois pessoas com estratégias de *coping* maioritariamente negativas apresentam maior dificuldade de adaptação e de resolução de problemas, têm dificuldades em pedir auxílio, culpam os outros ou auto culpabilizam-se e evitam lidar diretamente com situações de conflito. Assim, a resposta a situações de stresse resultam da forma como é processada a situação e/ou informação e podem afetar as escolhas e tomadas de decisão (Serra, 2002). Também as crenças e as práticas ligadas à *religião* e à espiritualidade, poderão ter uma influência significativa na maneira como é percebida a qualidade de vida e o BES, atuando como um fator protetor contra os sentimentos e emoções negativos (Abdel-Khalek, 2010; Willis, 2009; Woyciekoski, Stenert & Hutz, 2012).

Quanto aos *determinantes extrínsecos*, segundo Woyciekoski, Stenert e Hutz (2012) poder-se-á realçar as condições económicas, condições climatéricas, qualidade dos relacionamentos (familiares, conjugais ou profissionais) ou o nível educacional.

As condições económicas e sociais têm uma relação direta com o BES. O estudo desenvolvido por Lever, Pinol e Uralde (2005) indica que famílias com menores recursos económicos poderão evidenciar situações de conflito mais recorrentes, evidenciando igualmente níveis de maior descontentamento e infelicidade. Outros estudos salientam que famílias com mais recursos económicos podem ser um bom preditor do BES, em países em vias de desenvolvimento. Já nos países desenvolvidos este fator parece ter pouca influência. Também as condições salariais merecem a nossa atenção. Alguns estudos indicam que o aumento salarial para pessoas originárias de países em vias de desenvolvimento tem um impacto positivo nas suas vidas, já as pessoas oriundas de países desenvolvidos o aumento salarial não aumentou o BES (Woyciekoski, Stenert & Hutz, 2012). Segundo Suhail e Chaudhry (2004), revelaram que não existem diferenças em termos de felicidade entre pessoas de origem ocidental ou oriental e que a maioria se considera feliz. Fatores como a satisfação no trabalho, apoio social, filiação religiosa, estado civil são considerados como os melhores preditores do BES. Woyciekoski, Stenert e Hutz (2012) salientam a realização profissional como o melhor preditor de satisfação com a vida, valorizando mais a realização pessoal do que propriamente o aumento do salário.

Em termos de condições climáticas, tantos os homens como as mulheres parecem preferir a Primavera e o Verão, pois estão associadas a temperaturas mais elevadas comparativamente ao Outono e Inverno. Estas últimas estações encontram-se associadas a dias mais sombrios, com probabilidade de chuva. Esta preferência também pode ser explicada pela maior probabilidade de existirem doenças como gripes, constipações ou problemas respiratórios durante o Outono e Inverno. Os participantes do estudo também salientaram que os meses de maior calor estão normalmente associados a dias maiores, a períodos de maior contacto e convívio com outras pessoas, tornado esses momentos mais alegres o que também poderá estar associado ao período de férias e de descanso, principalmente no Verão. Reconhece-se que o tempo que se faz sentir poderá influenciar direta ou indiretamente a saúde e o bem-estar (Pitton, & Castilho, 2005).

Algo que também parece ser recorrente, em qualquer cultura é a avaliação em termos de comparação, ou seja, as pessoas realizam a comparação da sua vida com a vida de outras pessoas a vários níveis, nomeadamente em termos pessoais, sociais e económicos. Desta análise pode resultar uma avaliação em termos de satisfação com a vida e o BES e a família tem um papel importante neste processo de modelação e de encarar a vida (Woyciekoski, Stenert, & Hutz, 2012).

O suporte social parece ser outro fator de grande relevância nos mais diversos contextos ou culturas, pois parece existir uma forte correlação entre o suporte social e o BES. O suporte social pode traduzir-se no apoio que as pessoas têm ao longo da vida, através de familiares, amigos, relacionamentos estáveis ou até mesmo vizinhos. Principalmente nas pessoas com mais idade, este acompanhamento parece ser cada vez mais escasso por um lado, e por outro, o suporte social tem a função de reduzir um sentimento de solidão e aumentando a percepção de BES (Rodrigues, Ferreira, & Caliri, 2013; Woyciekoski, Stenert, & Hutz, 2012). O estudo desenvolvido por Chalise, Saito, Takahashi e Kai (2007) indica que os idosos que tenham crianças em casa, que vivam com os filhos, que contactem com vizinhos ou amigos se sentem mais acompanhados e evidenciam maiores índices de satisfação com a vida do que os que vivem sozinhos. O estudo de Rodrigues, Ferreira, e Caliri (2013, p. 626) menciona que a qualidade de vida nas pessoas com mais idade poderá estar associada a componentes como “capacidade funcional, estado emocional, interação social, atividade intelectual e autoproteção de saúde. Uma relação direta entre relacionamentos sociais, qualidade de vida e capacidade funcional e uma relação inversa desses fatores com a depressão”.

O estudo desenvolvido por Barros (2011) com idosos institucionalizados revela que parecem existir estados persistentes de ansiedade, stresse e depressão, algo corroborado por estudos desenvolvidos por Carneiro, Falcone, Clark, Pretteb, e Pretteb, (2007). Estes resultados poderão estar associados à perda de mobilidade e destreza física o que leva a uma maior dependência, o aparecimento de doenças, a perda de familiares e amigos, a insegurança, o isolamento e à necessidade, depois de uma vida, de se adaptar a uma nova realidade (a realidade institucional). São alterações repentinas, que têm um grande impacto a nível físico, psicológico e social, que influenciam na avaliação da percepção do BES e suporte social (Carneiro, et al., 2007).

Alguns estudos mencionam que o suporte social e o BES podem ser influenciados por variáveis como o nível de instrução, prática de atividades desportivas ou uma participação social ativa, possível de identificar ao longo do ciclo vital (Neto, Lima, Gomes, Santos, & Tolentino, 2012). Pessoas com maior instrução parecem ter um acesso mais facilitado à informação, permite-lhes ter um nível de experiências mais diversificado, poderão ter uma leque de contactos mais vasto o que facilita o intercâmbio de conhecimentos a todos os níveis (Fernández-Ballesteros, Zamarrón, Rudingerb, Schrootsc, Hekkinnend, Drusinie, Paul, Charzewskag, & Rosenmayrh, 2004). Assim, pessoas com um nível de instrução superior

parecem demonstrar uma percepção em relação à saúde e à doença diferente das pessoas com um nível educacional inferior, assim como parecem ter mais argumentos para enfrentar acontecimentos de vida stressantes (Ocampo, 2010).

Também os acontecimentos e eventos durante o ciclo vital podem estar relacionados com a percepção da qualidade de vida e do BES. Os acontecimentos externos vivenciados como algo agradável aumentam os níveis BES, pelo contrário, os eventos tido como desagradáveis poderão diminuir a percepção do BES, já os eventos denominados como neutros não têm impacto significativo no BES. Um acontecimento importante de cariz menos positivo é capaz de desorganizar intelectualmente a pessoa, afetando as suas escolhas e tomadas de decisão, deixando-a mais sensível, contudo, a existência de dois ou três acontecimentos crítico num intervalo de tempo inferior a cinco anos podem fazer diminuir substancialmente a percepção do BES (Woyciekoski, Stenert, & Hutz, 2012).

2.1. Afetividade – Positiva e Negativa

Como referimos anteriormente, cada ser tem a sua maneira de pensar, de sentir e de comportar. Existe pessoas que privilegiam o pensamento, outras dão mais importância às emoções, e ao mesmo tempo tornam o Homem tão diferente apesar das suas semelhanças. Maio e Esses (2001) falam das cognições e emoções como processos distintos, onde existem duas formas de processar a informação. Uma visão holística onde a informação é filtrada através dos afetos e das emoções e uma visão analítica onde os processos cognitivos se sobrepõem, podendo existir uma comunicação e interação de visões.

Também já salientámos que a afetividade a par da componente cognitiva, é um dos conceitos do BES largamente referidos na literatura (Diener, Lucas & Oishi, 2001; Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005; Giacomoni, & Hutz, 2006; Hutz, et al, 2014; Ocampo, 2010; Woyciekoski, Stenert, & Hutz, 2012), passando assim por uma avaliação cognitiva e emocional ao longo da vida. Em termos de emoções elas podem ser largamente satisfatórias e agradáveis, capazes de proporcionar alegria, energia e felicidade ligadas à afetividade positiva (AP). Por outro, quando os sentimentos e emoções são maioritariamente vivenciados como desagradáveis, deixando a pessoa triste, amargurada ou infeliz encontram-se associados à afetividade negativa (AN) (Giacomoni, & Hutz, 2006; Hu, & Gruber, 2008; Watson & Clark, 1988).

O estudo desenvolvido por Watson, Clark & Tellegen (1988), refere que estas duas dimensões (positiva e negativa) da afetividade são relativamente independentes e consistentes

em várias culturas, sendo esta escala considerada relativamente estável. Neste estudo, os autores sugerem que baixos índices de AP se encontram ligados à depressão, já elevados níveis de AN se associam à ansiedade. A AN também se encontra associada ao stresse, queixas em relação à saúde, dificuldades em encontrar estratégias para a resolução de problemas ou a acontecimentos desagradáveis frequentes. Já a AP está associada a atividades de cariz social, a momentos agradáveis e satisfatórios.

A investigação desenvolvida com adolescentes por McCullough, Heubner e Laughlin (2000) revela que os acontecimentos e eventos do dia-a-dia têm a possibilidade de alterar a perceção e os estados emocionais (nomeadamente a AP, AN e a satisfação com a vida). Apenas os acontecimentos do dia-a-dia percecionados como desagradáveis se correlacionam significativamente com a AP e AN, quanto à satisfação com a vida, somente os eventos percecionados como agradáveis se associavam significativamente.

Ao nível da saúde, sabe-se que a qualidade do serviço prestado é de extrema importância, quer em termos médico-cirúrgicos, como ao nível dos tratamentos, planeamento ou aconselhamento. Também parece inegável que a estabilidade (ou a falta dela) psicológica e emocional é muito importante no processo de recuperação dos pacientes. Se alguns pacientes, com patologias semelhantes recuperam mais rapidamente do que outros, parece estar associado a um ajustamento emocional mais consentâneo com a sua condição no momento, que lhes permite por exemplo aderir melhor à medicação, demonstrar uma atitude diferente quando estão internados ou mesmo quando são submetidos a alguma cirurgia. Também pode estar associado a um suporte social favorável e à confiança nos procedimentos da instituição de saúde, nomeadamente à informação que recebem quanto ao seu estado de saúde, os tempos médios de recuperação ou sintomas que podem vir a sentir. Desta feita o estado emocional pode ter valências positivas ou negativas, podem ser úteis ou prejudiciais, que podem provocar alterações fisiológicas e ter uma influência na recuperação (Mojoyinola, 2010).

Se considerarmos a doença na generalidade como um funcionamento irregular do organismo podendo manifestar-se através de sintomas físicos, psicológico e sociais, nas pessoas com mais idade estas limitações são ainda mais visíveis. Segundo Hu e Gruber (2008) as doenças crónicas causam limitações em termos funcionais, geram incapacidade, dor e mau estar apresentando um impacto na qualidade de vida destas pessoas, contudo, o estado emocional parece ter uma palavra a dizer. Doentes crónicos que evidenciam uma atitude positiva e um estado emocional equilibrado parecem evidenciar uma deterioração mais lenta do seu estado de saúde, já os pacientes com uma atitude menos positiva em relação à vida,

com AN predominante parecem estar associados a maior insatisfação com a vida, estados de saúde mais debilitados, maiores níveis de stresse e mais sintomas físicos (DeNeve & Cooper, 1998). Níveis de AN elevados estão normalmente associados à ansiedade e depressão, aumentando exponencialmente o risco de hipertensão (Hu & Gruber, 2008).

A investigação levada a cabo por Cohen e Pressman (2006) indica que pessoas com afetividade predominantemente negativa estão mais propensas a desenvolver estados de ansiedade e depressão aumentando substancialmente o risco de morbilidade e mortalidade, já a AP parece estar associada a menos sintomas de dor e a uma maior longevidade das pessoas com mais idade.

Mojoyinola (2010) desenvolve no seu artigo o estudo da relação entre os estados emocionais, depressão, ansiedade e doenças físicas, nomeadamente doenças oncológicas e cardiovasculares. Concluiu que existe uma evidência crescente com impacto negativo entre a depressão e os estados emocionais e uma relação entre a ansiedade e numerosas doenças físicas.

Benninghoven, Kaduc, Wiegard, Spedot e Kunzendorf (2006) concluíram que a ansiedade e depressão parecem ser preditores do enfarte do miocárdio, contudo, a ansiedade também pode ser considerada um fator de proteção uma vez que níveis elevados de ansiedade podem fazer com que os pacientes estejam mais dispostos a realizar exames regulares. O estudo longitudinal revelou ainda os pacientes menos ansiosos evidenciaram menos eventos cardíacos, a existirem ocorreram mais tardiamente e eram mais propensos a deixar de fumar do que os pacientes mais ansiosos.

Um estudo desenvolvido com idosos com doenças crónicas, revelou que os homens apresentam maiores índices de AN e AP e os participantes com mais estudos evidenciavam menores índices de AN, enquanto os participantes com menos estudos evidenciavam menores índices de AP. Este estudo revelou ainda que altos níveis de AP produziram menores valores em termos de efeitos negativos do stresse, menores índices de sintomatologia depressiva, valores mais elevados no funcionamento diário, assim como níveis mais elevados em termos de perceção de qualidade de vida no que respeita à componente física e psicológica/mental (Hu, & Gruber, 2008).

Uma outra investigação demonstra a importância da perceção no controlo das emoções perante um acontecimento de vida capaz de provocar elevados níveis de ansiedade e stresse como é o caso de uma doença oncológica. Os resultados sugerem que os pacientes que tinham uma maior perceção do controlo das emoções demonstravam menores índices de depressão e

um melhor ajustamento psicossocial. Já os pacientes com crenças irracionais evidenciaram uma inadaptação e desajustamento emocional (Thompson, Sobolew-Shubin, Galbraith, Schwankovsky, & Guzen, 1993).

O conhecimento gerado através de anos de investigação mostra que a cirurgia e os tratamentos podem ter efeitos menos positivos na saúde e bem-estar físico e psicológico dos pacientes com cancro, na generalidade. Para além da desestabilização emocional não só do paciente mas também dos familiares, aquando das diversas fases deste processo, toda esta estrutura (paciente, familiares, amigos, equipa multidisciplinar) tem como objetivo último a recuperação, tratando-se de um processo relativamente longo e muito desgastante. Desde a fase em que o paciente aguarda o diagnóstico (suspeitas), à notícia do mesmo e as implicações na mudança de um estilo de vida, as alternativas e tratamentos, para além das incertezas, receios e angústia fazem destes momentos um espaço de sofrimento singular (Ganz, Kwan, Stanton, Krupnick, Rowland, Meyerowitz, Bower, & Belin, 2004), estando relacionada com uma expectativa de futuro que poderá não se concretizar (Primo & Garrafa, 2010). Também a falta de informação ou a informação transmitida pela equipa médica que não é perceptível (com a utilização de termos técnicos) gera um sentimento de incerteza, dúvida e desconforto emocional. Porém, também existem casos em que o próprio paciente prefere não saber determinado tipo de informação (Primo & Garrafa, 2010).

A literatura refere que a atividade física tem inúmeros benefícios, nomeadamente físicos e mentais em adultos saudáveis e sobreviventes de doenças oncológicas, contudo, ainda não existem estudos suficientes para analisar os benefícios ou malefícios da atividade física (moderada) em pacientes oncológicos. Uma investigação desenvolvida por vários autores revela que pacientes oncológicos que realizavam tratamento de quimioterapia, foram sujeitos voluntariamente a atividade física moderada uma vez por semana, durante 15 minutos, sendo que a maioria dos pacientes tinha intenção de receber apoio profissional, aumentando ou mantendo o nível de atividade física. Estes resultados parecem sugerir que estes pacientes ao praticarem o exercício físico recomendado demonstram expectativas mais elevadas quanto à sua recuperação, evidenciando maior otimismo e um humor mais positivo, relacionado com um sentimento de autoeficácia (Clark, Vickers, Hathaway, Smith, Looker, Petersen, Pinto, Rummans, & Loprinzi, 2007).

Um estudo desenvolvido por Júnior e Zanini, (2011), com pacientes oncológicos revelou que os participantes do género feminino evidenciaram níveis superiores de análise lógica, competência na resolução de problemas e descarga emocional, comparativamente aos

participantes do género masculino, sendo essas diferenças significativas. Também em termos de bem-estar subjetivo se verificaram valores significativamente mais elevados no género feminino em relação à AN e insatisfação com a vida. Segundo algumas investigações, o paciente oncológico poderá revelar dificuldades em termos sexuais, nomeadamente no cancro da mama. Mulheres submetidas a quimioterapia, evidenciando mais problemas e queixas sexuais, nomeadamente ao nível do interesse sexual, lubrificação, dor durante as relações, relatando um efeito negativo na vida sexual. A investigação também tem revelado que estas queixas se mantêm ao longo do tempo e têm tendência a aumentar com a idade (Ganz, Kwan, Stanton, Krupnick, Rowland, Meyerowitz, Bower, & Belin, 2004).

Voltando à investigação de Júnior e Zanini, (2011), os participantes (pacientes oncológicos) do género masculino evidenciaram índices superiores de satisfação com a vida. Na análise das correlações, verificou-se ainda uma correlação negativa e significativa entre a AP e a dimensão aceitação e resignação, ou seja, quanto maior for a aceitação e a resignação perante a doença, menor a AP. A mesma associação (negativa e significativa) foi encontrada entre a busca de gratificação alternativa e a os sintomas físicos, assim como entre a satisfação com a vida com a descarga emocional. Quanto maior for a utilização de estratégias de *coping* do tipo análise lógica, maior a correlação à AN, insatisfação com a vida e sintomas psicológicos, parecendo evidenciar um incómodo e desconforto em termos da avaliação do BES. Por outro lado, os pacientes oncológicos que evidenciaram estratégias de *coping* do tipo procura de apoio revelaram uma associação positiva com a AP e a satisfação no trabalho.

O estudo de Gilbar e Rafaeli (2000) investigou a adaptação dos familiares à doença oncológica diagnosticada aos seus filhos adultos, numa fase inicial. Os resultados revelaram que os pais obtiveram melhor adaptação em relação às questões ligadas à saúde, embora também evidenciassem mais problemas no meio doméstico, justificadas com a necessidade de uma adaptação da dinâmica doméstica visto que determinadas atividades não poderiam ser realizadas pelos doentes submetidos a cirurgia, quimioterapia e/ou radioterapia. Os progenitores também apresentaram menos somatização e ansiedade fóbica mas mais sintomas de depressão revelando diferenças estatisticamente significativas quando comparado com os seus descendentes. A literatura indica que os cuidadores tendem a apresentar maior sintomatologia depressiva que os próprios doentes, o que poderá estar ligado ao receio de morte do(a) filho(a) e pela idade mais avançada dos pais e também evidenciam uma maior tendência para a depressão à medida que se vão tornando mais velhos (Gazallea, Limab, Tavares, & Curi, 2004; Mojinyinola, 2010). Uma outra justificação, salienta que a visão mais

pessimista dos pais de um paciente oncológico também se reflete pela ausência de apoio psicológico pois não são incluídos na terapia do seu filho(a), nem comunicam diretamente com a equipa médica tendo de lidar sozinhos com as emoções negativas, tendo repercussões nos progenitores e no paciente (Gibar & Rafaeli, 2000).

A investigação realizada com pacientes oncológicos mostrou que uma atitude positiva, com elevados níveis de otimismo e com um forte suporte e apoio social no início dos tratamentos, nomeadamente aquando da quimioterapia, revelaram-se satisfatórias e preditores de mudanças positivas percebidas no futuro. As vantagens percebidas foram um preditor do aumento da AP, sendo considerado um fator relevante nas consultas de acompanhamento posteriores ao tratamento. Chegaram à conclusão que se os pacientes e familiares que conseguirem tirar ensinamentos da experiência menos agradável como é a doença oncológica é possível promover o BES, já os pacientes com pouco ou nenhum suporte social, para além de recursos deficitários em termos psicossociais provavelmente não conseguiram encarar a doença como uma aprendizagem (Pinquart, Frohlich, & Silbereisen, 2007).

A investigação de Gibar e Rafaeli (2000) adianta ainda que se verificou uma associação forte e positiva entre o apoio familiar e o ajustamento à doença oncológica. Mesmo que os pais não tenham a função de cuidadores principais, desempenham um papel fundamental no apoio e adaptação dos seus descendentes à doença oncológica. Estes referem que todas as fases são importantes no processo de recuperação do paciente, desde a fase inicial, até à fase de apoio psicológico que deveria ser alargado também aos familiares e a fase de acompanhamento posterior.

Nos trabalhos de Mijoyinola (2010) e de Cella, Mahon e Donovan (1999) salientam que a recorrência de problemas oncológicos é considerada um evento traumático que deixa os pacientes mais vulneráveis e suscetíveis. Esta recorrência apresenta uma correlação significativa com o sofrimento e instabilidade dos pacientes.

Segundo Lebel, Beattie, Arés e Bielajew (2012, p. 695) o medo da recorrência do cancro (MRC) é definido como “the sword of Damocles that hangs over patients for the rest of their lives... the fear or worry that the cancer will return or progress in the same organ or in another part of the body”⁸. O MRC é associado a alterações do funcionamento com implicações psicológicas e maior exposição ao stresse, podendo estar associado a variáveis

⁸ *Tradução livre*: O MRC é definida como “a espada de Damocles que paira sobre os pacientes para o resto das suas vidas... o medo ou preocupação de que o cancro apareça novamente ou progrida no mesmo órgão ou em outra parte do corpo”.

como idade, estabilidade do relacionamento, nível de instrução, estabilidade laboral, a existência de descendentes e a sua idade, a fase em que se encontra o problema oncológico ou o tratamento recebido. O MRC parece estar mais presente nos pacientes que se submeteram tratamento de quimioterapia e nos que têm o cancro num estado mais avançado. Esta afirmação parece fazer ainda mais sentido em mulheres jovens, pois os cancros têm maior margem de progressão e expansão, sendo mais agressivos no caso do cancro da mama, relatando também maiores níveis de sofrimento do que mulheres com mais idade. A existência de filhos menores de idade, ou seja em situação de dependência, também parece exacerbar o MRC.

2.2. Satisfação com a vida

A satisfação com a vida (SWLS) é um processo cognitivo de avaliação global da vida do sujeito, e não da soma em domínios específicos, ou seja, a SWLS é uma avaliação global da sua vida, em todas as vertentes e segundo critérios como a sua posição na vida em relação aos padrões, objetivos, e expectativas, no contexto de cultura e valores em que está incluído é um dos principais indicadores de bem-estar subjetivo (Bozorgpour, & Salimi, 2012; Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985; Siqueira & Padovan, 2008).

Sendo a solidão uma importante componente na Satisfação com a vida, é um indicador de vulnerabilidade, sendo experienciado por todas as pessoas em algum momento da vida. Vários estudos têm demonstrado que as pessoas solitárias apresentam valores mais baixos de SWLS (Swami et al, 2007; Neto, 1993; Goodwin, Cook, & Yung, 2001; Kim, 1997; Moore & Schultz, 1983 cit in Bozorgpour, & Salimi, 2012).

Segundo a literatura sobre satisfação com a vida, são colocadas em jogo duas dimensões: a dimensão subjetiva, em que se verifica a perceção do sujeito que avalia o seu grau de satisfação, e a dimensão objetiva, onde estão presentes os elementos de contexto de vida que supostamente contribuem para a sua satisfação e bem-estar. Para além da componente emocional, ou seja, a relação entre afetos positivos e negativos, a perceção e avaliação dos elementos de satisfação com a vida é a componente cognitiva a que poderá apresentar maior impacto para a construção do BES. A maioria dos estudos sobre SWLS investiga a dimensão de diversas variáveis demográficas, circunstâncias, personalidade, etc., como indicador para a SWLS (Upmane, & Sebre, 2010).

De acordo com Upmane e Sebre (2010), concluíram que fatores internos como a personalidade e fatores biológicos, evidenciam valores mais elevados para a SWLS do que os

fatores externos, tais como os sociais e económicos. Segundo Ferraz, Tavares e Zilberman (2007), num estudo efetuado em gémeos separados à nascença, concluíram que 50% da variância do bem-estar subjetivo era explicada por fatores genéticos. No entanto, o conceito de resiliência parece estar fortemente ligado à capacidade do sujeito sair fortalecido e modificado, de situações desfavoráveis que enfrentou e superou. Sendo a resiliência considerada uma característica da saúde mental, os investigadores consideraram que para além de se ser portador de uma conjuntura genética favorável, ou possuir condições cognitivas favorecidas, e não estando a resiliência relacionada com a inteligência ou a condição social ou económica, houve durante o desenvolvimento da pessoa o apoio incondicional de algum adulto significativo.

As avaliações feitas presencialmente pela pessoa na SWLS, são fortemente baseadas na vivência no momento da avaliação, em oposição ao fator Personalidade. Sendo a SWLS uma avaliação por definição subjetiva, para os investigadores a resposta de autoadministração, é a forma mais eficaz para a sua validação porque destaca a experiência subjetiva (Siqueira & Padovan, 2008; Upmane, & Sebre, 2010).

A medida mais utilizada e corretamente validada de satisfação com a vida é a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS, Diener, Emmons, & Griffin, 1985). As questões apresentadas são relativamente pequenas permitindo aos participantes fazerem uma avaliação da satisfação de vida global de uma forma subjetiva.

Embora as medidas atuais de autoadministração, tenham demonstrado validade e confiabilidade, o uso de metodologias alternativas poderia ajudar a compreender a forma como são realizadas as avaliações de satisfação com a vida. Na procura de uma nova abordagem empírica para estudar as avaliações descobriram que os protocolos podem fornecer informações úteis sobre os fatores determinantes de satisfação com a vida. Pediram aos participantes para se pronunciarem sobre o que estavam a pensar enquanto respondiam às questões da SWLS e interpretaram as suas respostas como indicadores das “fontes” que as pessoas utilizam na sua avaliação de satisfação com a vida. Sugeriram que essas “fontes”, diferem entre sujeitos, e são relativamente estáveis na base para outras avaliações de satisfação com a vida (Alahdad, Alavi, Ninggal, & Mirzaei, 2013; Upmane, & Sebre, 2010). Com base nessas premissas de dúvidas, o presente estudo tem como objetivo avaliar de que forma um doente oncológico difere de um familiar de doente oncológico ou da população em geral, e no que está a pensar no momento em que está a avaliar a sua satisfação com a vida

No BES, o processo cognitivo pode ser definido como uma avaliação global da sua qualidade de vida, com base nos critérios que escolheu, no entanto, os critérios estabelecidos pelo participante para si mesmo podem ser determinados pelo estado atual da sua vivência (Alahdad, Alavi, Ninggal, & Mirzaei, 2013; Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985). Não significa que a pessoa com alta qualidade de vida não tenha maior insatisfação do que alguém com baixa qualidade de vida (Siqueira & Padovan, 2008).

Alguns estudos têm demonstrado que níveis superiores de SWLS parecem estar relacionados com o sucesso profissional, ser saudável, inclusivamente perspectivas de mortalidade tardia (Diener, & Chan, 2011; Lyubomirsky, 2005; Maïke Luhmann, 2012; Oishi, 2007 cit in Alahdad, Alavi, Ninggal, & Mirzaei, 2013). Sendo um dos objetivos da Psicologia, a melhoria da qualidade de vida, e embora não haja uma definição clara e universalmente aceite para este conceito (qualidade de vida), esta pode ser definida por bem-estar psicológico, e as relações de apoio que existem na vida da pessoa (Alahdad, Alavi, Ninggal, & Mirzaei, 2013).

Considerando a personalidade um complemento relevante para a determinação de SWLS, esta desempenha um papel importante na compreensão do funcionamento humano ao longo da vida. As capacidades pessoais na resolução de problemas ao longo da vida parecem estar fortemente relacionados com a personalidade e com a SWLS. De acordo com Alahdad, Alavi, Ninggal, & Mirzaei (2013), a personalidade pode ser entendida como um conjunto de características internas a nível emocional, interpessoal, experiencial, atitudinal, e motivacional. Os mesmos investigadores adiantam que alguns traços de personalidade e a SWLS, são influenciadas pela afetividade positiva (AP) e afetividade negativa (AN), uma vez que a satisfação em algum dos domínios da vida, por exemplo o emprego e/ou família, a participação em tarefas importantes, assim como o progresso em atingir objetivos pessoais importantes e a resiliência parecem influenciar o processo avaliativo.

Estudos sobre SWLS relacionam estados psicológicos e comportamentais, incluindo a depressão, a autoestima e preveem que o conjunto poderá ser um indicador fundamental no sucesso que a pessoa perante as mudanças expetáveis ao longo da vida (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Alahdad, Alavi, Ninggal, & Mirzaei, 2013).

A extroversão e neuroticismo são dimensões da personalidade que demonstraram ter um papel importante na SWLS vida, nomeadamente pessoas com SWLS elevada, têm como características comuns, boa saúde física, resistência psicológica, boa saúde mental e estão abertas a novas experiências estando de certa forma associadas à extroversão. No entanto, as

competências sociais podem ser expressas em pessoas satisfeitas e insatisfeitas, desta forma SWLS elevada parece estar significativamente correlacionada com a empatia e assertividade social (Alahdad, Alavi, Ninggal, & Mirzaei, 2013).

A literatura também tem revelado que pessoas satisfeitas, utilizam as crenças de controlo interno, enquanto as insatisfeitas sentem que têm pouco controlo sobre os acontecimentos. A capacidade de controlar os próprios acontecimentos, revela satisfação com a vida. Embora tendo sido observado que certos comportamentos sociais sucederem a pessoas satisfeitas com a vida, tais como ativo, extrovertido e simpático, tais comportamentos verificam-se também em pessoas não satisfeitas com a vida. Comportamentos não-verbais, tais como ser facilmente sorridente e demonstrarem entusiasmo, parecem estar pouco relacionados com as respostas dadas no SWLS (Alahdad, Alavi, Ninggal, & Mirzaei, 2013).

O estudo desenvolvido junto de estudantes universitários, revelou uma associação positiva e significativa entre a extroversão e SLWS em pessoas com elevada autoestima, e uma associação entre neuroticismo, emotividade, atividade, sociabilidade e impulsividade (Alahdad, Alavi, Ninggal, & Mirzaei, 2013). Segundo Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985) também confirma a relação positiva e significativa entre a SWLS e a extroversão, e correlação negativa com introversão.

Em relação à doença, em especial o cancro, inicia-se normalmente de uma forma lenta e gradual, continuando incerta por longo tempo. O grau de sofrimento psíquico e a capacidade de se adaptar a um diagnóstico de cancro são muito incertos. Rever estratégias psicológicas eficazes para atuar nesta doença é fundamental e poderá ter ação antes e depois de adoecer, em relação a estratégias preventivas. Atualmente, o confronto com o cancro é uma das atividades importantes para o Psicólogo da Saúde. A adaptação à doença é afetada pelo acesso aos recursos adequados para o paciente. De acordo com Jafari, Najafi, Sohrabi, Dehshiri, Soleymani e Heshmati (2010), existem variáveis sociais psíquicas que podem influenciar significativamente a evolução do processo, como por exemplo o bem-estar e a esperança ligada à espiritualidade ou religiosidade.

O bem-estar espiritual abrange a componente social e a componente religiosa. Estas pessoas tendem a reportar maiores índices de satisfação com a vida, dado que a espiritualidade prevê um sentido e objetivo para as suas vidas, por outro lado ao participarem em rituais nas suas comunidades a solidão poderá estar menos presente. Enquanto o bem-estar religioso indica ter relação com um ser superior, por exemplo, Deus, o bem-estar existencial indica o auto conhecimento (Jafari, et al., 2010).

Literatura indica que o bem-estar espiritual fortalece a função psíquica e a compatibilidade no processo. São referidas correlações significativas entre o bem-estar espiritual e variáveis como a SWLS e a Esperança, em doentes oncológicos. Pessoas com crenças espirituais, além de aumentar a sua resiliência à doença, têm uma ação ativa na diminuição dos sintomas físicos e emocionais, nas dores, ansiedade e depressão, associando assim o envolvimento religioso a uma melhor saúde mental (Jafari, et al., 2010).

A esperança nos doentes oncológicos, pode ser definida como uma probabilidade subjetiva de um bom resultado, sendo que tecnicamente a probabilidade subjetiva poderá estar entre o “possível” e o “muito provável”. Considera-se que a probabilidade subjetiva seja um estado mental, onde na ocorrência de um acontecimento, revela qual o grau de crença de uma pessoa nessa situação. A esperança pode ser vista tanto como um alicerce ou como uma causa de perturbação na assistência a pacientes oncológicos (Jafari, et al., 2010).

Segundo Jafari, et al., 2010, crenças espirituais e esperança são tidas em atenção no acompanhamento em doenças ameaçadoras da vida. Pode assim concluir-se que a esperança e as crenças espirituais podem ocasionar bem-estar e satisfação, facultando a adaptação a fatores relacionados com doenças ameaçadoras da vida, considerando-se que a espiritualidade pode ser um fator importante no crescimento da esperança. De acordo com os resultados do estudo a crença espiritual e bem-estar são fatores influenciadores para a adaptação à doença oncológica e à SWLS.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996, cit in Dimitrios, Papadopoulos, & Prats, 2013), definiu a Qualidade de Vida como sendo a relação entre a perceção da vida de cada pessoa no seu contexto, associado a valores e crenças culturais, para além dos objetivos e expectativas. Relacionar a saúde com a Qualidade de Vida é um conceito mais amplo de Qualidade de vida, estando relacionada com saúde mental, física, o papel que tem socialmente, relacionamento, a perceção da saúde, satisfação com a vida e bem-estar.

Para Dimitrios, Papadopoulos e Prats (2013), a definição da OMS sobre a Qualidade de Vida está relacionada com a saúde, e sendo um conceito dinâmico multidimensional, terão sido desenvolvidos a partir da necessidade de avaliar o impacto da doença na vertente psicossocial, que inclui o bem-estar económico, características do meio na comunidade e o estado de saúde. A Qualidade de Vida relacionada com a saúde tem demonstrado estar associada ao estado de saúde no futuro, capacidade de funcionamento e até mesmo à mortalidade. Ter uma atividade física regular parece ser um fator de independência para a manutenção da qualidade de vida e aumento de expectativa de longevidade. Já a limitação nas

atividades tem revelado a existência de restrições na vida quotidiana, aumentando a dependência e a necessidades dos outros para a ajuda em cuidados pessoais, levando a um risco crescente de cuidados institucionais.

Entre as fontes potenciais de Satisfação com a vida, verificam-se a personalidade, expectativas sociais, fatores sócio económicos, relações com as pessoas mais significativas, saúde física e mental, religiosidade, habitação e emprego, sendo feita uma avaliação cognitiva da vida em que a pessoa faz uma avaliação geral da sua qualidade de vida (Dimitrios, Papadopoulos, & Prats, 2013).

O estudo desenvolvido por Chalise, Saito, Takahashi e Kai (2007) demonstra que as pessoas mais velhas que convivem com crianças em casa ou que vivam com os filhos, ou que mantenham um contacto regular com vizinhos ou amigos sentem-se mais acompanhadas e demonstram índices mais elevados de satisfação com a vida do que os que vivem sozinhos.

De acordo com Júnior e Zanini (2011) o conceito de bem-estar subjetivo difere do conceito de saúde mental uma vez que a pessoa com uma saúde mental debilitada, ou até mesmo no enfrentar de uma doença crónica como o cancro, onde o diagnóstico é um processo dinâmico com vários estágios, mesmo assim sentir-se feliz, não implicando grandes mudanças emocionais, ou seja, a avaliação que um sujeito faz de uma situação, mesmo sendo grave, será sempre sentida de uma forma subjetiva, variando de pessoa para pessoa. Durante as várias fases, desde o diagnóstico, tratamentos e recuperação, os estágios são distintos em diferentes momentos da doença. A pessoa poderá ter oscilações no seu bem-estar, não originando um estado de infelicidade permanente, podendo durante todo este processo viver momentos de tensão, angustia e medo, mas também de felicidade, contentamento e triunfo.

O conceito de Satisfação com a vida, é considerado uma dimensão subjetiva de qualidade de vida, enquanto numa avaliação objetiva, a qualidade de vida contempla indicadores quantitativos e indicadores visíveis, tais como a saúde, o meio, recursos económicos ou condições habitacionais. Mesmo que em certos grupos a cultura seja partilhada, é essencial verificar que existem oscilações nas crenças, necessidades e objetivos, ou seja, na avaliação de qualquer questão sobre a vivência pessoal, é fundamental entender os valores e as crenças de uma população. A conceção de qualidade de vida está na origem do conceito de Satisfação com a vida, passando assim a ser um indicador que integra a definição de BES (Siqueira & Padovam, 2008).

Segundo Paredes, Simões, Canavarro, Serra, Pereira, Quartilho, Rijo, Gameiro e Carona (2008) as incompatibilidades físicas, psicológicas e sociais que causam uma redução

significativa da qualidade de vida dos doentes, estão associadas ao diagnóstico de cancro, à própria doença e aos seus tratamentos. A qualidade de vida parece estar para além dos sintomas, e das consequências que a doença provoca na funcionalidade do sujeito, integrando a vivência cultural, valores e escolhas individuais.

O diagnóstico de cancro é vivenciado pelo doente mas também pelos seus familiares, como momentos de sofrimento, angústia e ansiedade. Durante o percurso da doença, as perdas e sintomas adversos vivenciados transmitem incertezas quanto ao seu futuro, limitando as suas aptidões vocacionais e funcionais. Na generalidade a deterioração progressiva, limitações físicas, funcionais e psicológicas, levam a uma dependência cada vez maior dos seus cuidadores (cuidadores primários), familiares e técnicos de saúde hospitalar. O seu tratamento e reabilitação podem ser afetado devido ao impacto da doença na sua qualidade de vida, tanto em aspetos físicos, como psicológicos, espirituais e sociais (Paredes, et al, 2008).

3. OTIMISMO e PESSIMISMO

Apesar dos psicólogos tradicionais se mostrarem algo reticentes com a recente vertente da Psicologia, a Psicologia Positiva, esta parece estar a ganhar o seu espaço. A psicologia positiva pretende no fundo avaliar as motivações, as capacidades, as competências do ser humano e o potencial que muitas vezes não é revelado, para desenvolverem estratégia para encarar a vida, atingindo os seus objetivos e a autorrealização. Pretende criar uma forma de compreensão de conceitos psicológicos como a alegria, a satisfação, a felicidade, o altruísmo, a abnegação, a generosidade, a confiança, o acreditar ou o otimismo. Esta vertente pode ser encarada em termos individuais, em grupo ou comunidade (Yunes, 2003). A investigação sobre o otimismo e a saúde aumentou significativamente com o aparecimento da psicologia positiva (Fayed, Klassen, Dix, Klassen, & Sung, 2011; Fotiadou, Barlow, Powell, & Langton, 2008). Segundo Sulkers, Fler, Brinksmas, Roodbol, Kamps, Tissing, e Sanderman, (2013), não existe um consenso em considerar o otimismo e o pessimismo como um constructo dimensional, uma vez que a maioria dos estudos na área oncológica sugere a existência de apenas uma dimensão (otimismo e pessimismo).

Consciente ou inconscientemente todas as pessoas têm objetivos de vida. Para atingir essa (s) meta (s) deverá (ão) ser delineados objetivos específicos, todavia, os eventos e acontecimentos diários agradáveis e desagradáveis poderão de alguma forma produzir energia e estimular a iniciativa ou fazer desvanecer essas mesmas intenções. Se uma pessoa tem um pensamento predominantemente otimista, desenvolverá esforços no sentido de atingir os seus

objetivos. Pelo contrário, se tiver uma maneira de ser e de estar negativa, o pessimismo fá-lo-á estagnar, abrandar e desistir de alcançá-los. É a diferença entre “o quero” associado ao otimismo e o “gostava” associados à resignação (Fotiadou, et al., 2008).

O mesmo se passa em relação à doença. Pessoas otimistas atribuem uma explicação mediante uma perceção interna, de carácter permanente e generalista para eventos agradáveis. Já os acontecimentos desagradáveis para os otimistas são analisados numa perspetiva externa, muito localizados ou específicos determinando explicações transitórias e temporárias. O contrário se passa com os pessimistas (Fotiadou, et al., 2008).

Ainda em relação à doença os otimistas apresentam expetativas elevadas de que a doença venha a diminuir os seus sintomas, que estabilize e que haja possibilidades de cura, porém, nos pessimistas a expectativa em relação à doença não é a melhor, pois apresentam crenças negativas (Fotiadou, et al., 2008).

A resiliência poderá ser uma das principais características na distinção entre os otimistas e pessimistas. A resiliência parece ser uma característica importante para encarar as adversidades, definindo-se como a habilidade de suportar, aguentar e substituir acontecimentos menos positivos em aprendizagens, uma vez que neste processo poderão ser tidos em conta fatores internos e externos. A resiliência pode ser considerada uma disposição e capacidade para resistir a eventos causadores de stresse, onde se encontra envolvida uma maior plasticidade cognitiva (Júnior & Zanini, 2011). Sulkers e colaboradores (2013) sugerem que pacientes com cancro não são excessivamente otimistas, mas normalmente os níveis de pessimismo são mais baixos, o que poderá estar ligado à resiliência, e assim, as intervenções devem incidir na alteração das cognições negativas em vez de promover o otimismo. Desta forma a resiliência pode ser encarada como um processo adaptativo onde a pessoa mantém um desenvolvimento adequado perante experiências adversas, que poderão ser minimizadas se existirem fatores de proteção⁹, ou pelo contrário, potencializadas se existirem fatores de risco (Júnior & Zanini, 2011). A investigação levada a cabo por Applebaum, Stein, Lord-Bessen, Pessin, Rosenfeld, e Breitbart (2014) revelou que o otimismo e o apoio social podem ser considerados fatores de proteção contra a angústia em pacientes oncológicos em estado avançado.

⁹ *Fatores de proteção* – autonomia e capacidade de pensar por si, relacionamentos estáveis e emocionalmente positivos baseados na comunicação, laços fortes com família e amigos, imagem de si próprio(a) satisfatória, objetivos de vida definidos, atitudes e comportamentos em prol da sociedade, valores e crenças (religiosas) instituídas são fatores que podem ajudar a enfrentar acontecimentos menos positivos (Junior & Zanini, 2011).

Assim, conceitos como otimismo e o pessimismo estão muito para além da dimensão cognitiva, pois também assumem uma vertente emocional e motivacional (Woyciekoski, Stenert, Hutz, 2012). Fotiadou e colaboradores (2008) referem que têm sido encontradas, em grande parte dos estudos, diferenças significativas entre otimistas e pessimistas com impacto em quase todas as áreas da vida. Salientam que o otimismo pode ser ensinado e reforçado com atitudes positivas, principalmente entre pessoas pessimistas, uma vez que os otimistas revelam maior capacidade de adaptação à realidade.

Em termos de saúde e bem-estar existem comportamentos que são prejudiciais para uma recuperação mais célere, encontrando-se ligada a perceções erróneas do seu estado que é denominado por otimismo irrealista (Hevey, French, Marteu, & Sutton, 2009; Ogden, 2004, Weinstein, 1983). Um estudo desenvolvido por Weinstein (1983) concluiu que uma grande parte da amostra julgava ter menor probabilidade de ter complicações de saúde do que as outras pessoas, contudo, estatisticamente falando as probabilidades eram idênticas. Por um lado, o otimismo irrealista podia ser benéfico pois poderia ter um efeito positivo na recuperação, por outro, poderia fazer com que estas pessoas se tornassem mais sedentárias e adotar comportamentos que não fossem benéficos para a saúde. Níveis elevados de otimismo irrealista encontram-se associados, de forma negativa a comportamentos de saúde preventiva (Hevey, French, Marteu, & Sutton, 2009). Assim sendo, a suscetibilidade percebida poderia ser considerada um bom preditor de muitos comportamentos de proteção da saúde, contudo, fazer com que as pessoas admitissem que tinham um risco acrescido em relação à maioria das outras pessoas é difícil devido aos seus mecanismos de defesa. Weinstein (1983) revela que existem pelo menos três processos que podem influenciar um otimismo exagerado, nomeadamente, um pensamento seletivo preferencial sobre os fatores que reduzem o seu risco, a falta de informação e a falta de autorreflexão sobre o seu nível de risco.

Uma investigação que realizou a comparação entre progenitores, tendo percorrido várias fases da vida, nomeadamente entre a infância e a idade adulta, mostrou que otimismo quando é mais elevado, demonstrado pelo progenitor do género masculino evidencia melhores resultados em termos de rendimentos por parte dos seus descendentes. Já os níveis de educação também são mais elevados quando ambos os pais demonstram esse otimismo. Crianças e adolescentes otimistas tendem a evidenciar no futuro menos propensão para o divórcio, e melhor rendimento escolar (Fayed, et al., 2011).

O artigo desenvolvido por Fotiadou, et al. (2008) refere que o cancro em crianças, nomeadamente a *leucemia linfoblástica aguda* (LLA) ¹⁰ é a mais diagnosticada, sendo a quarta causa mais identificada no Reino Unido depois do cancro da mama, do pulmão e do cancro do colon. Os familiares destas crianças, especialmente os pais evidenciam elevados níveis de ansiedade, depressão, e baixos níveis de autoestima, muitas vezes associados ao receio da recorrência do cancro. O diagnóstico tem normalmente um impacto negativo e significativo na vida das famílias, podendo desestabiliza-las e ter implicações na própria saúde dos cuidadores. Progenitores com menos estratégias de *coping* poderão sentir dificuldades acrescidas em lidar com a doença, muitas vezes ligado a dificuldades de comunicação, pessoas mais reservadas, com dificuldades no relacionamento interpessoal evidenciando igualmente maior insatisfação com a vida. Alguns pais poderão inclusivamente experienciar sintomas de doenças crónicas mesmo não tendo qualquer tipo de doença. Este artigo revela ainda a comparação entre pais de crianças com problemas oncológicos e pais de crianças com doenças crónicas, tendo demonstrado que existe uma tendência menor para o otimismo dos pais de crianças com cancro.

Um estudo desenvolvido com crianças com cancro revelou que o otimismo não só trouxe menores índices de ansiedade e depressão, como revelou similarmente maior satisfação com a vida. Quando nos referimos a crianças com cancro, falamos sobretudo de um tema sensível em especial pela vulnerabilidade que demonstram. A preocupação com o bem-estar e a qualidade de vida (saúde física e psicológica) encontra-se associada ao apoio e acompanhamento que recebem dos seus progenitores, e este cuidado é normalmente intenso e constante. Porém os pais, tendem a evidenciar elevados níveis de ansiedade e depressão, sendo uma consequência deste processo. Os momentos de stresse são mais evidentes, contudo, o otimismo é considerado como tendo um efeito protetor sobre adultos, principalmente em situações de separação, a perda ou doença de um familiar ou amigo. Este otimismo é designado de otimismo disposicional¹¹ e é definido como “...is a stable expectation of the individual that positive outcomes will occur” (Fayed, et al., 2011, p. 411).

Applebaum, et al., (2014) estudaram o papel do otimismo como uma variável moderadora entre o apoio social, depressão, desesperança e qualidade de vida em pacientes oncológicos, tendo chegado à conclusão que níveis mais elevados de otimismo se associam de

¹⁰ *Leucemia Linfoblástica Aguda* (LLA), é uma neoplasia maligna das células precursoras (linfoblastos) que se encontram comprometidos com uma linhagem (B ou T) que afetam a medula óssea e /ou sangue periférico (Méndez, et al., 2011)

¹¹ *Tradução livre*: “...é uma expectativa estável do indivíduo de que ocorrerão resultados positivos”

forma significativa com menor índices de ansiedade, depressão e desespero e melhor qualidade de vida, assim como, níveis de percepção de apoio social elevados se encontram significativamente correlacionados com melhor qualidade de vida.

A investigação desenvolvida por Sulkers et al., (2013) pretendeu estudar os níveis de otimismo e pessimismo em adolescentes com diagnóstico de cancro e compará-los com adolescentes saudáveis. Os resultados revelaram que os adolescentes com cancro não apresentam índices mais elevados de otimismo do que os adolescentes saudáveis, porém os níveis de pessimismo eram significativamente inferiores aos dos adolescentes sem diagnóstico de cancro. Esta investigação mostrou igualmente que o otimismo e pessimismo se encontram ligados a diversas áreas do bem-estar, sendo possível prever que o otimismo se encontra ligado a aspetos de vida positivos e vice-versa, sugerindo a existência de uma bidimensionalidade, ou seja são fatores independentes.

Um outro estudo mencionado no artigo de Fotiadou, et al., (2008) refere que mães de crianças autistas e síndrome de Down com altos índices de otimismo revelaram igualmente menores sintomas depressivos. Famílias otimistas que enfrentam uma ameaça grave de saúde de um dos seus elementos, desenvolvem medidas mais rápidas e eficazes de reduzir os riscos de saúde.

Sanchez, Ferreira, Dupas e Costa (2010) mencionam a importância do apoio psicossocial em famílias em que existem pacientes oncológicos. Deve ser dada especial atenção a crianças e idosos, pois em relação às crianças as rotinas poderão ser alteradas, poderá existir uma desestruturação familiar sendo fundamental manter o otimismo. Já a partir dos 60 anos, principalmente os cuidadores apresentam um risco de mortalidade bastante elevado pois a existe uma inclinação para se preocuparem mais com os outros do que consigo próprio, podendo apresentar elevados níveis de ansiedade e de alterações emocionais, que se refletem na diminuição do otimismo.

Ainda que timidamente, começa a ser mais frequente ver-se a designação do termo 4.^a idade. Apesar de não ser consensual o aumento da esperança de vida leva alguns investigadores a pronunciarem-se e a balizarem este período a partir dos 85 anos. Alguns indicadores da qualidade de vida nos idosos passam pela existência de autonomia, terem saúde, encontrarem-se ativos, terem uma vida economicamente estável, sentimento de pertença a uma comunidade, percepção de segurança e apoio familiar (Universidade Sénior Contemporânea, 2007; Papalia, Olds, & Feldman, 2006). Segundo Ocampo (2010), o grupo de pessoas que conseguem chegar aos 85 anos é o mais otimista em relação à saúde. Os

idosos parecem ser o grupo de pessoas mais otimistas em relação à saúde porque a sua percepção em relação às doenças e a perda de faculdades como a mobilidade se adapta mais rapidamente do que as pessoas mais jovens.

4. AUTOESTIMA

Serra (1988) descreve o autoconceito da seguinte forma “O autoconceito pode ser definido de uma forma simples, como a percepção que o indivíduo tem de si próprio e o conceito que, devido a isso, forma de si.” (Serra, 1988, p. 101). Para o autor o autoconceito tem duas componentes essenciais: a) a autoimagem, que pode adquirir múltiplas manifestações em cada pessoa em função do contexto (ex.: autoimagem enquanto filho, enquanto pai, enquanto profissional, etc.); b) e a autoestima, que diz respeito à avaliação que a pessoa faz de si, das suas características, competências e desempenhos. Serra (1988) considera que na perspetiva clínica a componente da autoestima é a que tem maior relevância. Também Gabitta e Guzzo (2002) referem que se verifica, em pessoas que recorrem a apoio psicológico, queixas relacionadas com sentimentos de inadequação ou fraca autovalorização, podendo estes relacionar-se com baixos níveis de autoestima. Carvalho, Oliveira-Filho, Gomes, Veiga, Juliano e Ferreira (2007), mencionam a autoestima como parte integrante da qualidade de vida, sendo esta a percepção que a pessoa tem sobre a sua saúde e as suas condições económicas, sociais, físicas e espirituais, e correspondendo aquela à forma como a pessoa de vê, se aprecia e se avalia.

Segundo Cherry (s/d), o conceito de autoestima é introduzido por Maslow na sua pirâmide hierárquica de necessidades como uma das motivações humanas, manifestando-se esta em duas vertentes: na estima que é percecionada como apreciação dos outros para com a pessoa, e na estima que se tem para si próprio. A autora refere que a percepção que o indivíduo tem destas duas manifestações de estima são fundamentais para o seu desenvolvimento pessoal e, de acordo com a abordagem humanista, para a tendência atualizante. Gabitta e Guzzo (2002) mencionam o contributo de diversos autores, nomeadamente de abordagem humanista, no estudo e aprofundamento do conceito de autoestima e da sua influência valorativa e afetiva. Cherry (s/d) refere que a autoestima se pode manifestar em três vetores: na noção de capacitação e competência que a pessoa tem em relação a si mesma, no valor que se atribui, e na forma como se respeita.

De acordo com Avanci, Assis, Santos e Oliveira (2007), o conceito da autoestima tem vindo a ser bastante abordado em diferentes estudos, carecendo ainda de aprofundamento no

âmbito científico. Para os autores tratar-se-á de um processo de autoavaliação que inclui a componente e cariz valorativo (o valor intrínseco que a pessoa atribui a si mesma) e a componente relacionada com as competências (atributos, características e competências com que a pessoa se vê a si mesma). Assim, a avaliação que as pessoas fazem de si terá características subjetivas que implicam a identidade de um eu *versus* os outros, já que a apreciação inclui componentes comparativas podendo variar num *continuum* entre baixa e alta autoestima.

Também Sbicigo, Bandeira e Dell’Aglío (2010) abordam a componente subjetiva da autoavaliação que é feita e que se traduz na noção de estima que cada pessoa tem de si mesma, assim como as perceções sobre competência e valor: “Entenda-se por autoestima um conjunto de sentimentos e pensamentos do indivíduo sobre o seu próprio valor, competência e adequação, que se reflete numa atitude positiva ou negativa em relação a si mesmo” (Sbicigo, Bandeira e Dell’Aglío, 2010, p.: 395). Segundo estes autores, a autoestima está relacionada com o bem-estar subjetivo e com o autoconceito, tratando-se assim de uma avaliação de cariz subjetivo. De acordo com Romano, Negreiros e Martins (2007), Rosenberg desenvolve a sua escala de autoavaliação subjetiva no âmbito da autoestima com vista a que as pessoas possam responder de acordo com a avaliação que fazem de si mesmas e esta pode revelar-se através de resultados de aprovação ou desaprovação, sendo esta avaliação de predominância afetiva. Já para Serra (1986), a autoestima inclui-se como uma das componentes do autoconceito, podendo este ser influenciado por diversos fatores entre os quais os resultantes da noção que o indivíduo tem sobre as suas competências e o resultado dos seus desempenhos.

Schmitt e Allik (2005), ao procurarem estudar as possíveis diferenças de manifestação da autoestima em diversas culturas, referem uma correlação entre esta e alguns traços de personalidade tais como o neuroticismo, a extroversão e a tendência maior ou menor para desenvolver laços afetivos fortes. Estes autores descrevem o conceito de autoestima como tratando-se de um sentimento geral de valia que a pessoa tem em relação a si mesma. Sbicigo, Bandeira e Dell’Aglío (2010) também abordam a possível relação da autoestima com a personalidade, sendo esta analisada, segundo alguns estudos, enquanto traço (ou seja, mantendo uma determinada estabilidade), e, noutros estudos, vista como estado (ou seja, mais relacionada com tipos de resposta a situações ou contextos específicos). Cherry (s/d) refere que a avaliação que é feita de si mesmo com base na autoestima pode ser influenciada por características e tendências de personalidade pelo que poderá manifestar-se com alguma estabilidade ao longo da vida. No entanto, a autora mencionam que esta componente auto-

avaliativa, ainda que influenciada pela idiosincrasia, por vivências anteriores e por crenças e valores, poderá ser trabalhada pelo próprio, com ou sem suporte terapêutico, de forma a ser melhorada.

Diversos autores (Hutz & Zanon, 2011; Sbicigo, Bandeira & Dell’Aglío, 2010) referem a possível relação positiva entre elevados níveis de autoestima e bons desempenhos escolares e sociais. Esta perspetiva, embora demonstrada nas investigações conduzidas ou abordadas por estes autores, não é corroborada por Baumeiste, Campbell, Krueger e Vohs (2003) que mencionam que, embora se assuma na generalidade dos estudos pesquisados, que a elevada autoestima se relaciona positivamente com os melhores resultados e benefícios obtidos, no seu estudo não se obtiveram resultados idênticos. Segundo os autores (Baumeiste, Campbell, Krueger & Vohs, 2003), será pertinente colocar o foco de outras investigações nos resultados sociais, uma vez que o seu estudo parece mostrar que níveis mais elevados de autoestima se podem relacionar com relatos de exagero nas conquistas e no sucesso obtido. Quanto à relação entre autoestima e os resultados escolares, os mesmos autores (Baumeiste, Campbell, Krueger & Vohs, 2003) encontram uma relação fraca e apontam para dados que mostram que os bons resultados escolares podem favorecer a autoestima e não o contrário. Esta perspetiva é também referida por Rosenberg (1965) que menciona que algumas pessoas com elevados níveis de autoestima poderão manifestar tendência a exagerar os seus sucessos não podendo, no entanto, este tipo de resposta ser generalizada já que, em outros casos os elevados patamares de autoestima revelam uma gestão de equilíbrio entre a componente narcísica, a defensiva e o autoconceito. Segundo o autor (Rosenberg, 1965), informações que referem que pessoas com níveis elevados de autoestima são mais apreciadas e obtêm maior sucesso social não têm vindo a ser confirmadas através de estudos científicos.

Romano, Negreiros e Martins (2007) citam que alguns autores procuram diferenciar três componentes com constituintes da autoestima: a) a experiência de afetividade positiva ou negativa; b) a noção que a pessoa tem sobre as suas capacidades, competências e adequação; c) e a noção de autoimagem e a forma como cada indivíduo faz a gestão da sua autoimagem real vs a ideal. No entanto para Rosenberg (1965), os níveis mais altos de autoestima poderão facilitar a capacidade de iniciativa, os sentimentos aprazíveis sobre si mesmo, e a forma como a pessoa avalia as suas experiências e a sua relação com os outros.

Serra (1986) realça o caráter subjetivo de qualquer avaliação relacionada com o autoconceito ou a autoestima, pelo que as medidas utilizadas devem acautelar o modelo de autorresposta. O autor (Serra, 1986) menciona diversas escalas desenvolvidas com vista à

avaliação do autoconceito com foco em adolescentes, adultos e, em alguns casos, dirigidas a crianças. Embora a escala apresentada por Rosenberg (1965), com caráter generalista, tenha ainda assim sido desenvolvida com foco em adolescentes e tenha, posteriormente, sido utilizada em amostras que se enquadram nesta faixa etária (Avanci, Assis, Santos & Oliveira, 2007; Romano, Negreiros & Martins, 2007; Sbicigo, Bandeira & Dell’Aglia, 2010), tem sido, também, aplicada a amostras constituídas por participantes de faixas etárias mais elevadas (Carvalho, Oliveira-Filho, Gomes, Veiga, Juliano & Ferreira, 2007; Dini, Quaresma e Ferreira, 2004). O estudo apresentado por Dini, Quaresma e Ferreira (2004), por exemplo, incidiu numa amostra de adultos sujeitos a cirurgia plástica e neste, os autores alertam para a importância de, no âmbito de saúde, se dever acautelar as expectativas do paciente quando procura este tipo de serviço já que em diversas situações, as pessoas buscam uma melhoria da apreciação que julgam receber dos outros, pelo que a componente do acompanhamento psicológico pode, nestes casos, revelar-se fundamental.

Segundo Gabitta e Guzzo (2002), os estudos desenvolvidos por Coopersmith procuraram mostrar alguma relação entre a ansiedade e a autoestima: o facto de as pessoas se sentirem fracassadas ou ameaçadas nas suas fragilidades pode despoletar estados de ansiedade que afetam direta ou indiretamente a autoavaliação e autoestima. Os autores referem que as experiências psicológicas e sociológicas, coadjuvadas por outras componentes tais como tendências de personalidade e a própria noção de si mesmo podem condicionar a perceção de competência e de valor que a pessoa desenvolve sobre si e a forma como se relaciona com os outros e com circunstâncias aparentemente adversas, podendo impactar na sua resiliência e nas respetivas respostas comportamentais.

Diversos investigadores têm procurado perceber se a autoestima pode alterar ou ser influenciada em consequência da vivência de determinadas doenças como a oncológica. Carvalho, Oliveira-Filho, Gomes, Veiga, Juliano e Ferreira (2007) investigaram este impacto numa amostra constituída por 50 pacientes com carcinoma de pele na face ou pescoço, com idades entre os 30 e os 90 anos, quando comparados com um grupo de controlo constituído por igual número de participantes. Os resultados obtidos mostram que existem alterações na apreciação que é feita pelos pacientes com carcinoma, que revelam baixos níveis de autoestima quando comparados com os participantes do grupo de controlo. Também naqueles, os autores procuraram verificar se os fatores da idade, região da face ou pescoço onde o carcinoma se manifesta e o respetivo tamanho terão influência nos níveis de autoestima; verificaram que, embora a região e tamanho não pareçam influenciar a autoestima, o mesmo

não acontece com a idade: os pacientes mais jovens, com idades inferiores a 55 anos, apresentaram índices de autoestima mais baixos que os restantes participantes com carcinoma. Os autores (Carvalho, Oliveira-Filho, Gomes, Veiga, Juliano & Ferreira, 2007) sugerem que esta diferença pode ser resultante de os pacientes com a faixa etária mais elevada terem padrões de exigência estética menos rígidos e procurarem mais facilmente apoio social e na vivência da sua espiritualidade. Estes resultados não são corroborados pela investigação conduzida por Oliveira, Guimarães, Novo e Taylor (2011), na qual os autores procuram perceber se existem diferenças estatisticamente significativas em pacientes com cancro de mama entre dois grupos de participantes com faixas etárias distintas: com idades compreendidas entre os 18 e os 49 anos, e com idades entre os 50 e os 69 anos, nos níveis de autoestima, depressão e espiritualidade. Os resultados obtidos pelos autores não mostram diferenças entre os dois grupos. Gomes e Silva (2013) incidem a sua investigação sobre autoestima em mulheres que foram submetidas a mastectomia em consequência de doença oncológica mamária. As autoras referem a pertinência deste estudo devido à possível influência na qualidade de vida e na autoestima em consequência de alterações no corpo decorrentes de cirurgias resultantes doença. Este estudo transversal contou com uma amostra de 48 participantes do género feminino com idades compreendidas entre os 36 e os 90 anos. Nos resultados obtidos as autoras não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre faixas etárias no que respeita à autoestima e os níveis de obtidos corresponderam a 2,7% de participantes com baixa autoestima, 43,2% com níveis médios e 54,1% com autoestima elevada. As autoras sugerem que estes resultados podem dever-se a diversos fatores influenciadores tais como, a média elevada das idades, a elevada taxa de reconstrução mamária nesta amostra, o elevado percentual de retorno ao trabalho e as componentes conjugais e de apoio social. Neste estudo a possibilidade de diminuição de autoestima devido ao impacto na autoimagem feminina e ao afastamento por parte do companheiro não se verificou, podendo, aquela, ser influenciada pelo apoio de pessoas de referência assim como pela noção de competências perante a adversidade, a resiliência e a esperança de vida. O impacto da esperança de vida foi também estudado por Sartore e Grossi (2007) em pacientes de doenças crónicas, nomeadamente doença oncológica e diabetes tipo 2. As autoras verificaram que a manutenção de esperança de vida pode influenciar nas respostas à severidade da doença e dos tratamentos. A autoestima tem vindo igualmente a ser estudada por diversos investigadores também noutros contextos tais como com participantes idosos ou no desempenho de funções laborais exigentes (Andrade, Sousa & Minayo, 2004; Meurer,

Luft, Benedetti & Mazo, 2012), pelo que pode considerar-se como um constructo de potencial interesse científico.

De acordo com a teoria do sistema familiar, cada membro da família faz parte de um sistema que se influencia reciprocamente (Rodrigues, Ferreira, & Caliri, 2013), mesmo quando a estrutura familiar se altera com a chegada de um filho, neto, o casamento de um filho ou a separação do casal (Alarcão, 2000; Gilbar & Refaeli, 2000; Sampaio & Gameiro, 2005). Este sistema pode ser tido como uma unidade, em que cada elemento é mais do que a soma das partes, sabendo cada um o que pode esperar de si próprio e dos restantes (Alarcão, 2000; Sampaio & Gameiro, 2005). Segundo Haley (1973, in Sampaio & Gameiro, 2005), os níveis de ansiedade e de stresse tende a atingir níveis muito elevados na família quando existem mudanças radicais, alterações extremas nos comportamentos habituais da família, e desta forma altera o seu bem-estar e equilíbrio, neste sentido foram formuladas as seguintes hipóteses (H):

H1- É esperado que os participantes (pacientes oncológicos, familiares e população em geral) que trabalham apresentem índices mais elevados de bem-estar subjetivo, otimismo e autoestima do que os que não trabalham;

H2 - É esperado que a população em geral apresente níveis superiores de bem-estar subjetivo do que os pacientes oncológicos e familiares diretos de pacientes oncológicos;

H3- É esperado que os pacientes oncológicos, familiares e população em geral apresentem uma associação positiva e significativa entre o bem-estar subjetivo, o otimismo e autoestima.

CAPÍTULO II - Método

1. Participantes

Foi recolhida uma amostra de conveniência não probabilística constituída por 543 participantes, dos quais 448 foram considerados válidos, tendo sido eliminados 95 questionários por se encontrarem incompletos. A amostra considerada válida é constituída por 87 (19,4%) pacientes oncológicos, 78 (17,4%) familiares diretos de pacientes oncológicos e 283 (63,2%) da população em geral. Como foi utilizado o sistema de recolha de dados *e-survey*, os questionários só foram considerados válidos quando todas as questões se encontravam preenchidas.

A maioria dos participantes era do género feminino ($n=327$; 73%), apresentava formação académica ao nível do ensino superior ($n=280$; 62,5%), era casado (a) ou vivia em união de facto ($n=245$; 54,7%) e encontrava-se a trabalhar ($n=283$; 63,2%). Dos que não trabalhavam a maioria ou estava desempregado(a) ($n=78$; 48,8%) ou estava aposentado(a)/reformado(a) ($n=56$; 36,0%). A maioria dos participantes respondeu ao questionário em Portugal ($n=434$; 96,9%) e vive com companheiro(a), cônjuge ou namorado(a) ($n=129$; 28,8%).

Conforme pode ser observado na tabela 1, foram encontradas associações entre grupos de participantes (pacientes oncológicos, familiares de pacientes oncológicos e população em geral) e o género ($\chi^2(2) = 19.036$; $p=.000$). Verificaram-se igualmente associações significativas entre grupos de participantes e a formação académica ($\chi^2(8) = 30.773$; $p=.000$) e entre o grupo de participantes e o estado civil ($\chi^2(6) = 20.440$; $p=.001$).

Os participantes tinham idades compreendidas entre os 19 e os 90 anos, com uma média de idades de 44,4 anos ($DP=12,94$), tendo os grupos apresentado diferenças estatisticamente significativas ($F(2) = 5.801$; $p=.003$), sendo o grupo dos pacientes oncológicos o mais velho, seguido de população em geral e o grupo com menor idade constituído pelos familiares. Nas tabelas 1, 2 e 3, são apresentados os dados sociodemográficos dos participantes.

Tabela 1

Dados sociodemográficos - género, formação académica, estado civil, trabalha, se não trabalha porque, com quem vive

	Participantes						χ^2
	Pacientes Oncológicos		Familiares diretos de Pacientes Oncológicos		População em Geral		
	n	%	n	%	n	%	
Género							19.036***
. Masculino	15	17.2	10	12.8	96	33.9	
. Feminino	72	82.8	68	87.2	187	66.1	
Formação académica							30.773***
. 1.º Ciclo	6	6.9	0	0.0	2	0.7	
. 2.º Ciclo	1	1.1	1	1.2	2	0.7	
. 3.º Ciclo	8	9.2	2	2.6	21	7.4	
. Secundário	34	39.1	23	29.5	68	24.0	
. Ensino Superior	38	43.7	52	66.7	190	67.1	
Estado Civil							22.440**
. Solteiro(a)	9	10.3	29	37.2	71	25.1	
. Casado(a)/ União de facto	51	58.6	37	47.4	157	55.5	
. Viúvo(a)	6	6.9	2	2.6	5	1.8	
. Divorciado(a)/ separado(a)	21	24.1	10	12.8	50	17.7	
Trabalha							2.198
. Sim	49	56.3	50	64.1	184	65.0	
. Não	38	43.7	28	35.9	187	35.0	
Não trabalha porque...							12.698
. Desempregado (a)	16	41.0	13	50.0	49	51.6	
. Baixa Médica	5	12.8	2	7.7	3	3.2	
. Reformado(a)/ aposentado(a)	16	41.0	6	23.1	34	35.8	
. Estudante	0	0.0	3	11.5	4	4.2	
. Maternidade (gravidez)	0	0.0	1	3.8	2	2.1	
. Outra	2	5.1	1	3.8	3	3.2	
Vive com...							18.097
. Sozinho(a)	20	23.0	17	21.8	53	18.7	
. Companheiro(a)/ cônjuge	28	32.2	17	21.8	84	29.7	
. Filho(s)	11	12.6	5	6.4	26	9.2	
. Pais	2	2.3	14	17.9	32	11.3	
. Companheiro(a) e pais	1	1.1	0	0.0	4	1.4	
. Companheiro(a) e filho(s)	22	25.3	22	28.2	76	26.9	
. Pais e irmãos(ãs)	1	1.1	2	2.6	3	1.1	
. Pais e filho(s)	0	0.0	0	0.0	2	0.7	
. Outro	2	2.3	1	1.3	3	1.1	

n – frequência (absoluta); % - percentagem (frequência relativa); χ^2 – Teste *Chisquare*; $p < .05^*$; $p < .01^{**}$; $p < .001^{***}$

Tabela 2

Dados sociodemográficos - local de resposta (continuação)

	Participantes						χ^2
	Pacientes Oncológicos		Familiares diretos de Pacientes Oncológicos		População em Geral		
	n	%	n	%	n	%	
Local de resposta							0.787
. Portugal	83	95.4	76	97.4	275	97.2	
. Fora de Portugal	4	4.6	2	2.6	8	2.8	

n – frequência (absoluta); % - percentagem (frequência relativa); χ^2 – Teste *Chisquare*; $p < .05^*$; $p < .01^{**}$; $p < .001^{***}$

Tabela 3

Dados sociodemográficos - idade (continuação)

	Participantes						F
	Pacientes Oncológicos		Familiares diretos de Pacientes Oncológicos		População em Geral		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
Idade	48.31 ^(a)	12.66	41.82 ^(b)	13.56	43,96 ^(b)	12.63	5.801**

Legenda: M- Média; DP – Desvio Padrão; F – Teste ANOVA; $p < .05^*$; $p < .01^{**}$; $p < .001^{***}$; ^(a) e ^(b) médias com sobrescritos diferentes são significativamente diferentes segundo teste Tukey ($p \leq .05$)

2. Instrumentos

O protocolo de investigação foi constituído por três partes: consentimento informado, dados sociodemográficos e instrumentos. O consentimento informado, visa sobretudo informar os participantes do objetivo do estudo, o público a que se dirige, a natureza voluntária da participação, a garantia de anonimato e confidencialidade da informação recolhida, fornecendo a possibilidade de abandono se for essa a intenção do participante. A recolha da informação relativa aos dados sociodemográficos tinha o objetivo de caraterizar a população em estudo. A última parte, diz respeito aos instrumentos utilizados, nomeadamente: a) *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS), b) *Satisfaction with Life Scale* (SWLS), c) *Extended Life Orientation Test* (ELOT) e d) *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES). Em seguida será apresentada uma descrição dos instrumentos utilizados.

a) Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)

A escala *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS), é uma escala desenvolvida por Watson, Clark e Tellegen em 1988, tendo sido adaptada para a versão portuguesa por Galinha e Pais-Ribeiro em 2005. A versão portuguesa traduz o nome da escala como “Escala de afetividade positiva e negativa”. O estudo desenvolvido por Watson, Clark e Tellegen (1988), sugere que a afetividade (positiva ou negativa) é um conceito importante na psicologia que assume significados distintos conforme a orientação dos investigadores. Os descritores apresentados na escala são muitas vezes entendidos como fenómenos ligados às emoções, cognições ou sensações fisiológicas o que salienta o carácter subjetivo dos conceitos (Galinha & Ribeiro, 2005a).

A escala PANAS é constituída por 20 termos descritores dos afetos (positivos e negativos). Cada um dos descritores, apresentava 5 possibilidades de resposta, ordenadas segundo uma escala tipo Likert, em que o 1 corresponde a “Nada ou muito ligeiramente”; o 2 a “Um pouco”; o 3 a “Moderadamente”; o 4 a “Bastante” e o 5 a “Extremamente”. A escala pode ser aplicada individualmente ou em grupo, porém, a resposta é sempre individual. Do conjunto dos 20 termos descritores é possível de verificar a existência duas dimensões, nomeadamente a afetividade positiva (AP) e afetividade negativa (AN). Cada uma destas dimensões é composta por 10 descritores que salientamos em seguida. A AP é composta pelos itens 1, 3, 5, 9, 10, 12, 14, 16, 17 e 19 e a AN é composta pelos itens 2, 4, 6, 7, 8, 11, 13, 15, 18 e 20. O resultado final obtém-se através da soma dos respetivos itens em cada dimensão.

Quanto à consistência interna, a tabela seguinte compara os valores de *Alfa de Cronbach* (α), das dimensões mencionadas, quer da escala original, quer da adaptação para a realidade portuguesa, quer o resultado deste estudo. É possível verificar que os resultados obtidos na amostra em estudo são mais baixos do que os valores obtidos na escala original e na adaptação nacional (tabela 4).

Tabela 4

Estudo comparativo da consistência interna - PANAS

	Watson, Clark e Tellegen (1988) α	Galinha e Pais-Ribeiro (2005) α	Amostra em estudo α
Afetividade Positiva (AP)	0.88	0.86	0.63
Afetividade Negativa (AN)	0.87	0.89	0.65

Legenda: α – *Alfa de Cronbach*

b) *Satisfaction with Life Scale (SWLS)*

A escala *Satisfaction with Life Scale (SWLS)*, trata-se de uma escala desenvolvida por Diener, Emmons, Larsen e Griffins em 1985, tendo sido adaptada para a versão portuguesa por diversos autores. A primeira adaptação foi realizada por Neto, Barros e Barros em 1990. Posteriormente, Simões em 1992 realizou nova adaptação, sendo esta última a que iremos utilizar como referência. A versão portuguesa traduz o nome da escala como “Escala de Satisfação com a Vida”. Os autores originais da escala tinham como objetivo avaliar a satisfação com a vida, sendo um conceito abstrato permitiria de certa forma avaliar mais uma componente do bem-estar subjetivo. Esta avaliação era realizada tendo por base a analogia do padrão de vida atual com modelo de vida desejado, tratando-se assim de uma percepção individual da satisfação, exigindo desta forma a existência de uma componente cognitiva neste processo avaliativo (Diener, et al., 1995).

A escala SWLS é constituída por 5 afirmações com um sentido valorativo positivo. Cada uma das afirmações, apresenta 5 possibilidades de resposta, ordenadas segundo uma escala tipo Likert, em que o 1 corresponde a “discordo muito”; o 2 a “discordo um pouco”; o 3 a “não concordo nem discordo”; o 4 a “concordo um pouco” e o 5 a “concordo muito”. A escala pode ser aplicada individualmente ou em grupo, porém, a resposta é sempre individual. Do conjunto das 5 afirmações é possível de verificar a existência uma única dimensão, ou seja evidencia uma estrutura unifatorial, nomeadamente, a Satisfação com a Vida (SWLS). O resultado final obtém-se através da soma da respetiva pontuação em cada afirmação, o que significa que quanto maior for a pontuação maior serão os níveis de satisfação com a vida. Assim, cada afirmação é pontuada de 1 a 5 pontos, sendo que a amplitude da SWLS varia entre 5 e 25 pontos, sendo que a obtenção de uma pontuação de 20 é considerado ponto médio. No que respeita à consistência interna, a tabela seguinte compara os valores de *Alfa de Cronbach* (α), das dimensões mencionadas, quer da escala original, quer da adaptação para a realidade portuguesa, quer o resultado deste estudo. É possível verificar que os resultados obtidos na amostra em estudo estão em linha com os resultados da escala original e da adaptação nacional (tabela 5).

Tabela 5

Estudo comparativo da consistência interna - SWLS

	Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985) α	Simões (1992) α	Amostra em estudo α
Satisfação com a vida (SWLS)	0.87	0.78	0.85

Legenda: α – *Alfa de Cronbach*

c) Extended Life Orientation Test (ELOT-PT)

A escala *Extended Life Orientation Test* (ELOT), é um instrumento desenvolvido por Chang, Maydeu-Olivares e D’Zurilla em 1997 na sua forma original, tendo sido adaptada para a versão portuguesa por Perloiro em 2002. A versão portuguesa traduz o nome do instrumento como “Teste de Orientação Prolongada de Vida – ELOT –PT”. O estudo desenvolvido por Chang e colaboradores (1997), sugere que o otimismo e pessimismo são dois conceitos diferentes, com uma correlação forte (sentido negativo), mas não opostos entre si. Segundo Dember e colaboradores (1989) a definição de otimismo e pessimismo está ligada às expectativas de resultados positivos e negativos sobre a vida, adotando uma visão atual das avaliações, bem como de expectativas futuras.

Esta escala é constituída por 20 afirmações, onde é solicitado ao participante que se pronuncie sobre a forma como pensa habitualmente e como se sente à data do preenchimento do protocolo. Cada uma das afirmações, tem 5 possibilidades de resposta, ordenada segundo uma escala tipo Likert, em que o 1 corresponde a “discordo fortemente”; o 2 a “discordo”; o 3 a “neutro”; o 4 a “concordo” e o 5 a “concordo fortemente”. A escala pode ser aplicada individualmente ou em grupos, contudo, a resposta é sempre individual. Do conjunto das 20 afirmações sobressaem duas dimensões, designadamente, a dimensão otimismo (OPT) e dimensão pessimismo (PES). A dimensão OPT é constituída por seis itens (item 3, 6, 8, 11, 15 e 19). Já a dimensão PES é constituída por nove itens (item 2, 4, 5, 10, 12, 14, 16, 18 e 20). Os restantes itens (item 1, 7, 9, 13 e 17) não têm função específica. O resultado final obtém-se através da soma dos respetivos itens em cada dimensão. Quanto à consistência interna, a tabela seguinte compara os valores de *Alfa de Cronbach* (α), das dimensões mencionadas, quer da escala original, quer da adaptação para a realidade portuguesa, quer o resultado deste estudo. É possível verificar que os resultados obtidos na amostra em estudo estão em linha com os resultados da escala original e da adaptação nacional (tabela 6).

Tabela 6

Estudo comparativo da consistência interna - ELOT

	Chang, Maydeu-Olivares e D’Zurilla (1997) α	Perloiro (2002) α	Amostra em estudo α
Otimismo (OPT)	0.77	0.68	0.75
Pessimismo (PES)	0.89	0.83	0.85

Legenda: α – Alfa de Cronbach

d) Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)

A escala *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES), é uma medida desenvolvida por Rosenberg em 1965, que resulta da modificação da escala de Gutman desenvolvida em 1953. A RSES foi adaptada para a população portuguesa por Santos e Maia em 2003. A versão portuguesa traduz o nome da escala como “Escala de autoestima de Rosenberg”. Rosenberg (1965) desenvolveu este instrumento para avaliar a autoestima na sua globalidade, pois considera-a como um elemento fundamental na perceção do bem-estar subjetivo, refletindo emoções, pensamentos e cognições sobre o próprio, podendo refletir-se nos comportamentos e nas atitudes de uma forma positiva ou negativa em relação à sua idiossincrasia. A autoestima também reflete, direta ou indiretamente, a capacidade de adaptação, competência e adequação, tendo e conta a sua autovalorização e desta forma os objetivos definidos, a importância que dá aos outros e as expectativas que medeiam o presente e o futuro também são influenciadas (Rosenberg, 1965; Sbicigo, Bandeira, & Dell’Aglío, 2010).

A escala RSES é constituída por 10 afirmações, entre as quais cinco de cariz positivo e outros cinco de uma visão menos positiva sobre si. Cada uma das 10 afirmações apresenta 4 possibilidades de resposta, ordenadas segundo uma escala tipo Likert, em que o 1 corresponde à opção “Discordo fortemente”; 2 a “discordo”; 3 a “concordo” e o 4 a “concordo fortemente”. A escala pode ser aplicada individualmente ou em grupo, porém, a resposta é sempre individual. Apesar de existirem itens com cariz positivo e menos positivo da autoestima, a escala foi concebida como um constructo unidimensional, composta pelos 10 itens, ou seja, a autoestima deve ser encarada como um *continuum* (entre a baixa e alta autoestima) (Rosenberg, 1965). Contudo, constata-se que existe uma dupla orientação na constituição das afirmações, designadamente, uma orientação positiva (composta pelos itens 1, 3, 4, 7 e 10) e uma orientação negativa (itens 2, 5, 6, 8 e 9). Os itens ligados à *orientação positiva* são cotados como “concordo fortemente” – 4 pontos; “concordo” – 3 pontos;

“discordo” – 2 pontos e “discordo fortemente” – 1 ponto. Já os itens de *orientação negativa* são cotados da seguinte forma: “concordo fortemente” – 1 ponto; “concordo” – 2 pontos; “discordo” – 3 pontos e “discordo fortemente” – 4 pontos, ou seja, são itens invertidos (Santos & Maia, 2003). A autoestima total varia entre valores compreendidos entre 10 e 40, onde os valores mais elevados refletem uma autoestima mais elevada e vice-versa (Romano, Negreiros, & Martins, 2007; Santos & Maia, 2003).

Segundo Santos e Maia (2003), não obstante das qualidades psicométricas, a dimensão da escala e a linguagem compreensível, fácil e acessível fazem deste instrumento um dos mais utilizados na atualidade, apesar de ter sido elaborada em 1965. Quanto à consistência interna, a tabela seguinte compara os valores de *Alfa de Cronbach* (α), das dimensões mencionadas, quer da escala original, quer da adaptação para a realidade portuguesa, quer o resultado deste estudo. É possível verificar que os resultados obtidos na amostra em estudo estão em linha com os resultados da escala original e da adaptação nacional (tabela 7).

Tabela 7

Estudo comparativo da consistência interna - RSES

	Rosenberg (1965) α	Santos e Maia (2003) α	Amostra em estudo α
Autoestima (RSES)	0.77	0.88	0.87

Legenda: α – *Alfa de Cronbach*

3. Procedimento

Após uma leitura sobre os temas procedeu-se à seleção dos instrumentos que fizeram parte do protocolo de investigação. Para se desenvolver o tema Bem-estar Subjetivo, foram selecionados os instrumentos "*Positive and Negative Affect Schedule*" (PANAS) e "*Satisfaction with Life Scale*" (SWLS). Por outro lado, foram ainda adicionadas os instrumentos "*Extended Life Orientation Test*" (ELOT-PT) e "*Rosenberg Self-Esteem Scale*" (RSES), que direta ou indiretamente nos podem auxiliar na análise. Como a amostra da investigação é muito específica teve-se o cuidado de desenvolver um protocolo que não fosse ostensivo na maneira de abordar o tema oncológico. Assim, a questão de seleção da amostra surge na última questão, tendo com principal objetivo não influenciar a resposta ao protocolo. Houve ainda a preocupação de desenvolver um protocolo que não fosse demasiado extenso.

Desta forma o protocolo de investigação foi constituído pelo consentimento informado, dados sociodemográficos e instrumentos (anexo I).

Depois de elaborado o protocolo em suporte físico (papel), foi então transformado num suporte *e-survey*, para ser disponibilizado via *on-line*.

Posteriormente, foram contactadas nove instituições ligadas ao tema da oncologia através de carta registada a solicitar a colaboração no estudo (anexo II). Apenas uma instituição respondeu afirmativamente (anexo III), disponibilizando o referido protocolo junto da sua rede de contactos (associados e colaboradores).

A recolha dos dados decorreu entre o 11 de Fevereiro de 2014 e 2 Junho de 2014. Os participantes demoram entre 7 a 10 minutos em média a responder ao protocolo. Concluída a recolha dos dados foi criada uma base de dados numa folha de cálculo em Excel, que posteriormente foi exportada para o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão *IBM statistic 20.0*.

Procedeu-se à análise da fidelidade dos instrumentos onde se comparou a consistência interna das dimensões em estudo com as da escala original e com a adaptação nacional. Realizou-se o estudo da normalidade através do teste Kolmogorov-Smirnov (Z) no sentido de perceber se as dimensões em estudo se assemelhavam a uma distribuição normal. Foram ainda utilizados testes paramétricos (quando no teste Kolmogorov-Smirnov $p > .05$) ou testes não paramétricos (quando $p < .05$). Foram utilizados os testes *t-student*, ANOVA (paramétricos) e *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis* (teste não paramétricos). Foram estudados os coeficientes de correlação de *Pearson* (r).

CAPÍTULO III - Resultados

1. Análise

Realizado o estudo da normalidade através do teste *Kolmogorov Smirnov*, verificou-se que as dimensões Idade ($Z=1.339$; $p=.055$) e Afetividade Positiva (AP) ($Z=1.181$; $p=.123$) se assemelham a uma distribuição normal ($p>.05$), assim na utilização destas dimensões deverá utilizar-se testes paramétricos. Relativamente às restantes dimensões utilizar-se-á o teste não paramétrico ($p<.05$) adequado (tabela 8).

Tabela 8

Estudo da normalidade (Teste Kolmogorov-Smirnov)

Dimensões	Z	p
Idade	1.339	.055
ELOT		
. Otimismo	2.262	.000
. Pessimismo	2.284	.000
RSES		
. Autoestima	1.785	.003
PANAS		
. Afetividade Positiva (AP)	1.181	.123
. Afetividade Negativa (AN)	1.762	.004
SWLS		
. Satisfação com a vida	1.829	.002

Legenda: Z – Teste *Kolmogorov-Smirnov* (teste de normalidade); p – significância

Os participantes do género masculino são mais velhos ($M=47.60$; $DP=15.02$) que os participantes do género feminino ($M=43.26$; $DP=11.89$), sendo essas diferenças estatisticamente significativas ($t(1) = 2.863$; $p=.005$) (tabela 9).

Tabela 9

Comparação da variável género com a Idade e Afetividade Positiva (t-test)

	Género				<i>t</i>	<i>p</i>
	Masculino		Feminino			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Idade	47.60	15.02	43.26	11.89	2.863	.005
Afetividade Positiva	28.43	5.54	27.75	4.91	1.266	.206

Legenda: *M*- Média; *DP* – Desvio Padrão; *t* – *t*-teste; *p* – Significância

Os participantes do género masculino apresentam índices mais elevados de Pessimismo (*Mean Rank*=237.44), Afetividade Negativa (*Mean Rank*=228.11), Satisfação com a vida (*Mean Rank*=225.39) e autoestima (*Mean Rank*=230.43), do que os participantes do género feminino. Contudo, as diferenças entre géneros não são estatisticamente significativas ($p>.05$) (tabela 10).

Tabela 10

Comparação da variável género com Otimismo, Pessimismo, Afetividade Negativa, Satisfação com a Vida e Autoestima (Teste Mann-Whitney)

	Género		<i>U</i>	<i>p</i>
	Masculino	Feminino		
	<i>Mean Rank</i>	<i>Mean Rank</i>		
Otimismo	214.97	228.03	18630.500	.341
Pessimismo	237.44	219.71	18217.500	.197
Afetividade Negativa	228.11	223.17	19347.000	.719
Satisfação com a Vida	225.39	224.17	19675.500	.929
Autoestima	230.10	222.43	19106.500	.577

Legenda: *Mean Rank* – Média Ordenada; *U* – Teste *Mann-Whitney* ; *p* – Significância

Os participantes com menor nível de escolaridade (1.º ciclo) são os que apresentam valores mais elevados de afetividade positiva ($M=29.50$; $DP=6.96$), não sendo essas diferenças significativas (tabela 11).

Tabela 11

Comparação da variável escolaridade com a Afetividade Positiva (Teste ANOVA)

	Escolaridade										F	p
	1.º Ciclo		2.º Ciclo		3.º Ciclo		Secundário		Ensino Superior			
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
AP	29.50	6.96	28.25	4.92	27.87	6.41	27.44	5.10	28.11	4.88	0.564	.689

Legenda: AP – Afetividade Positiva; M- Média; DP – Desvio Padrão; F – Teste ANOVA; p – Significância

Quanto à escolaridade, verifica-se que os participantes com formação ao nível do Ensino Superior apresentam menores índices de Pessimismo (*Mean Rank* =212.65) quando comparados com os participantes dos restantes níveis de escolaridade, sendo as diferenças estatisticamente significativas ($H(4)=19.485$; $p=.001$). Este mesmo grupo (Ensino Superior), apresenta igualmente níveis significativamente mais elevados de Satisfação com a vida ($H(4)=12.514$; $p=.014$). Nas restantes dimensões não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. Relativamente ao Otimismo, os participantes do 2.º Ciclo foram os que evidenciaram índices mais elevados (*Mean Rank*=283.38), em termos de Afetividade Negativa foi mais elevada no 1.º Ciclo (*Mean Rank*=270.19) e em termos de Autoestima os valores mais elevados foram obtidos pelos participantes com formação ao nível do Ensino Superior (tabela 12).

Tabela 12

Comparação da variável escolaridade com Otimismo, Pessimismo, Afetividade Negativa, Satisfação com a Vida e Autoestima (Teste Kruskal-Wallis)

	Escolaridade					H	p
	1.º Ciclo	2.º Ciclo	3.º Ciclo	Secundário	Ensino Superior		
	<i>Mean Rank</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>Mean Rank</i>		
OPT	209.56	283.38	219.95	244.24	215.78	5.194	.268
PES	275.94	322.75	309.92	223.43	212.65	19.485	.001
AN	270.19	232.75	257.16	219.44	221.72	3.319	.506
SWLS	211.94	146.38	165.11	211.63	238.30	12.514	.014
AE	217.31	201.63	174.90	223.97	230.76	5.390	.250

Legenda: OPT – Otimismo; PES – Pessimismo; AN – Afetividade Negativa; SWLS – Satisfação com a vida; AE – Autoestima; *Mean Rank* – Média Ordenada; H – Teste Kruskal-Wallis; p – Significância

Os participantes cujo estado civil é solteiro(a) apresentam valores superiores de afetividade positiva ($M=28.33$; $DP=5.10$), contudo as diferenças não são significativas (tabela 13).

Tabela 13

Comparação da variável Estado Civil com a Afetividade Positiva (Teste ANOVA)

	Estado Civil								F	<i>p</i>
	Solteiro(a)		Casado(a)		Viúvo(a)		Divorciado(a)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Afetividade Positiva	28.33	5.10	27.99	5.21	25.46	5.72	27.61	4.53	1.370	.251

Legenda: M- Média; DP – Desvio Padrão; F – Teste ANOVA; p – Significância

No que respeita ao Estado Civil, os participantes divorciados apresentam índices mais elevados de Otimismo ($Mean Rank=241.86$) quando comparados com os restantes grupos, sendo essas diferenças significativas ($H(3)=13.732$; $p=.003$). Os participantes viúvos apresentam índices mais elevados de Pessimismo ($Mean Rank=307.04$) quando comparados com os restantes grupos, sendo essas diferenças significativas ($H(3)=12.385$; $p=.006$). Os participantes solteiros apresentam índices mais elevados de Afetividade Negativa ($Mean Rank=232.59$) quando comparados com os restantes grupos, contudo não se verificam diferenças estatisticamente significativas (tabela 14).

Tabela 14

Comparação da variável Estado Civil com Otimismo, Pessimismo, Afetividade Negativa, Satisfação com a Vida e Autoestima (Teste Kruskal-Wallis)

	Estado Civil				H	p
	Solteiro(a)	Casado(a)	Viúvo(a)	Divorciado(a)		
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
OPT	191.06	236.76	165.62	241.86	13.732	.003
PES	245.42	220.26	307.04	195.91	12.385	.006
AN	232.59	224.88	217.15	213.66	1.041	.791
SWLS	212.28	238.92	188.65	203.08	7.252	.064
AE	201.79	230.30	172.15	245.93	8.241	.041

Legenda: OPT – Otimismo; PES – Pessimismo; AN – Afetividade Negativa; SWLS – Satisfação com a vida; AE – Autoestima; Mean Rank – Média Ordenada; H – Teste Kruskal-Wallis; p – Significância

Os participantes casados são os que apresentam índices mais elevados de Satisfação com a Vida (*Mean Rank*=238.92) quando comparados com as restantes categorias da variável estado civil, não sendo essas diferenças significativas. Os participantes casados apresentam índices mais elevados de Autoestima (*Mean Rank*=245.93) quando comparados com os restantes grupos, sendo essas diferenças estatisticamente significativas ($H(3)=8.241$; $p=.041$) (tabela 14).

Os participantes que estão a trabalhar apresentam uma média superior de Afetividade Positiva ($M=28.65$; $DP=4.90$) comparativamente aos que não trabalham ($M=26.70$; $DP=5.18$), sendo essas diferenças significativas ($t_{(1)} = 3.981$; $p=.000$) (tabela 15).

Tabela 15

Comparação da variável Está a trabalhar com a Afetividade Positiva (t-test)

	Está a trabalhar				<i>t</i>	<i>p</i>
	Sim		Não			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Afetividade Positiva	28.65	4.90	26.70	5.18	3.981	.000

Legenda: *M*- Média; *DP* – Desvio Padrão; *t* – *t*-teste; *p* – Significância

Os participantes que estão a trabalhar apresentam índices mais elevados de Otimismo (*Mean Rank*=233.64) quando comparados com os que não trabalham (*Mean Rank*=208.83), sendo essas diferenças estatisticamente significativas ($U=20761.500$; $p=.049$). Os participantes que não trabalham apresentam índices mais elevados de Pessimismo (*Mean Rank*=237.06) quando comparados com os participantes que trabalham (*Mean Rank*=208.83), não se registando diferenças significativas. Os participantes que trabalham apresentam índices mais elevados de Afetividade Negativa (*Mean Rank*=233.47) quando comparados com os que não trabalham (*Mean Rank*=209.12), onde também não se registam diferenças estatisticamente significativas. Os participantes que trabalham apresentam índices mais elevados de Satisfação com a Vida (*Mean Rank*=233.68) quando comparados com os que não trabalham (*Mean Rank*=208.75), sendo essas diferenças significativas ($U=20749$; $p=.049$). Os participantes que trabalham apresentam índices mais elevados de Autoestima (*Mean Rank*=237.56) quando comparados com os que não trabalham (*Mean Rank*=202.10), sendo essas diferenças estatisticamente significativas ($U=19652$; $p=.005$) (tabela 16).

Tabela 16

Comparação da variável Está a Trabalhar com Otimismo, Pessimismo, Afetividade Negativa, Satisfação com a Vida e Autoestima (Teste Mann-Whitney)

	Está a trabalhar		U	p
	Sim	Não		
	Mean Rank	Mean Rank		
Otimismo	233.64	208.83	20761.500	.049
Pessimismo	217.18	237.06	21275.500	.116
Afetividade Negativa	233.47	209.12	20810.000	.054
Satisfação com a Vida	233.68	208.75	20749.000	.049
Autoestima	237.56	202.10	19652.000	.005

Legenda: *Mean Rank* – Média Ordenada; U – Teste *Mann-Whitney*; p – Significância

Relativamente à Afetividade Positiva não se registaram diferenças significativas entre os três grupos de participantes (tabela 17).

Tabela 17

Comparação da variável Participantes com a Afetividade Positiva (Teste ANOVA)

	Participantes						F	p
	Pacientes Oncológicos		Familiares diretos de Pacientes Oncológicos		População em Geral			
	M	DP	M	DP	M	DP		
Afetividade Positiva	28.12	5.80	28.15	4.81	27.81	4.95	0.205	.815

Legenda: M- Média; DP – Desvio Padrão; F – Teste ANOVA; p – Significância

No que concerne aos Participantes, os pacientes oncológicos são os que apresentam índices mais elevados de Otimismo (*Mean Rank*=248.97) quando comparados com os restantes grupos, sendo essas diferenças significativas ($H(2)=7.792$; $p=.020$). Quanto ao Pessimismo, Afetividade Negativa e Autoestima, não se verificaram diferenças significativas entre os grupos, apesar de elas serem superiores na categoria pacientes oncológicos (respetivamente, *Mean Rank*=227.58; *Mean Rank*=245.56 e *Mean Rank*=229.60). Porém, na dimensão Satisfação com a Vida, os Familiares de Pacientes Oncológicos apresentam índices

superiores (Mean Rank=236.97) quando comparados com os restantes grupos, sendo essas diferenças estatisticamente significativas ($H(2)=0.215$; $p=.022$) (tabela 18).

Tabela 18

Comparação da variável Participantes com Otimismo, Pessimismo, Afetividade Negativa, Satisfação com a Vida e Autoestima (Teste Kruskal-Wallis)

	Participantes			H	p
	Pacientes Oncológicos	Familiars diretos de Pacientes Oncológicos	População em Geral		
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Otimismo	248.97	244.13	211.57	7.792	.020
Pessimismo	227.58	224.22	223.63	0.063	.969
Afetividade Negativa	245.56	221.90	218.74	2.906	.234
Satisfação com a vida	190.46	236.97	231.53	7.599	.022
Autoestima	229.60	226.04	222.51	0.215	.898

Legenda: *Mean Rank* – média ordenada; H – Teste *Kruskal-Wallis*; p – significância;

Como se verifica na tabela 19, os pacientes oncológicos apresentam uma associação fraca e significativa entre a idade e o otimismo ($r=-.292$; $p=.000$), e entre a idade e o pessimismo ($r=.251$; $p=.019$). Para o mesmo grupo, verifica-se uma associação moderada e significativa entre o otimismo e a afetividade positiva ($r=.300$; $p=.005$), entre o otimismo e a satisfação com a vida ($r=.453$; $p=.000$) e entre o otimismo e a autoestima ($r=.518$; $p=.000$). Registou-se ainda uma associação moderada, negativa e significativa entre o otimismo e o pessimismo ($r=-.457$; $p=.000$). Em relação ao pessimismo, verifica-se uma associação moderada, negativa e significativa com a satisfação com a vida ($r=-.343$; $p=.001$) e com a autoestima ($r=-.445$; $p=.000$). A afetividade positiva apresenta uma associação forte e significativa com a afetividade negativa ($r=.752$; $p=.000$). Também a satisfação com a vida apresenta uma associação moderada e significativa com a autoestima ($r=.425$; $p=.000$).

Tabela 19

Comparação dos Coeficientes de Correlação de Pearson (r) entre as dimensões contínuas em estudo, dos pacientes oncológicos

	M	DP	Idade	Otimismo	Pessimismo	Afetividade Positiva	Afetividade Negativa	Satisfação com a vida	Autoestima
Idade	48,3	12.6	1						
Otimismo	22.9	3.1	-.292**	1					
Pessimismo	21.8	5.8	.251*	-.457***	1				
Afetividade Positiva	28.1	5.8	-.205	.300**	-.078	1			
Afetividade Negativa	24.8	5.9	-.102	.115	.034	.752***	1		
Satisfação com a vida	15.1	4.9	-.058	.453***	-.343**	.123	-.080	1	
Autoestima	31.5	4.5	-.122	.518***	-.445***	.207	-.020	.425***	1

Legenda: M – Média; DP – Desvio Padrão; p – Significância; $p < .05^*$; $p < .01^{**}$; $p < .001^{***}$

A tabela 20 refere-se aos familiares de pacientes oncológicos, verificando-se uma associação moderada, negativa e significativa entre o otimismo e o pessimismo ($r=-.569$; $p=.000$). Já a associação entre o otimismo e a afetividade positiva ($r=.348$; $p=.002$) e entre o otimismo e a satisfação com a vida ($r=.481$; $p=.000$) são moderadas e significativas. A associação entre o otimismo e a autoestima é forte e significativa ($r=.677$; $p=.000$). Ainda na tabela 20 é possível constatar que o pessimismo apresenta uma associação moderada, negativa e significativa com a satisfação com a vida ($r=-.317$; $p=.005$) e com a autoestima ($r=-.578$; $p=.000$).

Tabela 20

Comparação dos Coeficientes de Correlação de Pearson (r) entre as dimensões contínuas em estudo, dos familiares de pacientes oncológicos

	M	DP	Idade	Otimismo	Pessimismo	Afetividade Positiva	Afetividade Negativa	Satisfação com a vida	Autoestima
Idade	41.8	13.6	1						
Otimismo	22.8	3.8	.116	1					
Pessimismo	21.8	6.0	-.034	-.569***	1				
Afetividade Positiva	28.2	4.8	.140	.348**	-.163	1			
Afetividade Negativa	23.7	5.6	.044	.008	.207	.606***	1		
Satisfação com a vida	16.8	5.1	.022	.481***	-.317**	.267*	-.212	1	
Autoestima	31.5	4.5	-.163	.677***	-.578***	.273*	-.126	.505***	1

Legenda: M – Média; DP – Desvio Padrão; p – Significância; $p < .05^*$; $p < .01^{**}$; $p < .001^{***}$

A afetividade positiva apresenta uma associação forte e significativa com a afetividade negativa ($r=.606$; $p=.000$) e uma associação fraca e significativa com a satisfação com a vida ($r=.267$; $p=.018$) e com a autoestima ($r=.273$; $p=.015$). A satisfação com a vida apresenta uma associação moderada e significativa com a autoestima ($r=.505$; $p=.000$).

Como se verifica na tabela 21, a população em geral apresenta uma associação fraca, negativa e significativa entre idade e a afetividade positiva ($r=-.132$; $p=.026$) e a idade e a afetividade negativa ($r=.199$; $p=.001$). Verifica-se também uma associação fraca e significativa entre a idade e a autoestima ($r=.193$; $p=.001$). Verifica-se uma associação moderada, negativa e significativa entre o otimismo e o pessimismo ($r=-.588$; $p=.000$). Já a associação entre o otimismo e a afetividade positiva ($r=.254$; $p=.000$) é fraca e significativa. A associação entre o otimismo e a satisfação com a vida ($r=.494$; $p=.000$) e entre o otimismo e a autoestima ($r=.494$; $p=.000$) é moderada e significativa. O pessimismo apresenta uma associação fraca, negativa e significativa com a afetividade positiva ($r=-.181$; $p=.002$). O pessimismo apresenta também uma associação moderada, negativa e significativa com a satisfação com a vida ($r=-.436$; $p=.000$) e com a autoestima ($r=-.577$; $p=.000$). A afetividade positiva apresenta uma associação forte e significativa com a afetividade negativa ($r=.639$; $p=.000$) e uma associação fraca e significativa com a satisfação com a vida ($r=.294$; $p=.000$) e com a autoestima ($r=.311$; $p=.000$). A satisfação com a vida apresenta uma associação moderada e significativa com a autoestima ($r=.503$; $p=.000$).

Tabela 21

Comparação dos Coeficientes de Correlação de Pearson (r) entre as dimensões contínuas em estudo, da população em geral

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Idade	Otimismo	Pessimismo	Afetividade Positiva	Afetividade Negativa	Satisfação com a vida	Autoestima
Idade	43.9	12.6	1						
Otimismo	21.9	3.7	.033	1					
Pessimismo	21.6	6.0	-.059	-.588***	1				
Afetividade Positiva	27.8	4.9	-.132*	.254***	-.181**	1			
Afetividade Negativa	23.3	5.1	-.199**	.087	.025	.639***	1		
Satisfação com a vida	16.6	4.9	.000	.494***	-.436***	.294***	.062	1	
Autoestima	31.3	4.5	.193**	.490***	-.577***	.311***	.005	.503***	1

Legenda: *M* – Média; *DP* – Desvio Padrão; *p* – Significância; $p < .05^*$; $p < .01^{**}$; $p < .001^{***}$

CAPÍTULO IV – Discussão dos Resultados

Discussão dos resultados

O ritmo de vida das nossas sociedades é cada vez mais intenso, enérgico, exigente e stressante, e fenómeno da globalização reflete-se em várias áreas da vida e da sociedade. Alguns estudos científicos têm demonstrado que existem doenças oncológicas que poderão estar diretamente ligadas a ritmos de vida intensos, onde o stress e a ansiedade são uma constante (Branco, 2005; Fuhrman, 2004; Macedo, Lucena, Soares, Rocha, Gutiérrez, & López, 2011).

Alguns problemas de saúde poderão estar associados aos estilos de vida. Uma alimentação descuidada, com o consumo de alimentos altamente calóricos, a ingestão de bebidas alcoólicas, fumar, privilegiar uma vida sedentária em detrimento do exercício físico... são apenas alguns dos fatores que poderão aumentar o risco de doenças oncológicas. Por outro lado, poderá existir uma componente genética associada a este tipo de doenças, nomeadamente questões hereditárias (Branco, 2005; Macedo, et al, 2011).

Principalmente nos grandes centros urbanos parece ser difícil reduzir ou até mesmo eliminar o stress na vida das famílias, pois pode igualmente ser considerado evolutivo e ser uma forma de adaptação às exigências diárias, mas o stress pode ter os seus riscos (Fuhrman, 2004; Serra, 2002).

Desta forma, o presente estudo pretendeu analisar e avaliar as diferenças entre pacientes oncológicos e familiares, tendo como grupo de controlo a população em geral, no que respeita ao bem-estar subjetivo - BES (afetividade e satisfação com a vida), otimismo/pessimismo e autoestima.

O nosso estudo mostrou que os participantes do género masculino apresentam maior autoestima, satisfação com a vida e são também mais velhos que as mulheres. Os homens apresentam ainda índices superiores de pessimismo e afetividade negativa. As mulheres apresentam índices superiores de otimismo.

De acordo com El-Hani (1996), os homens demonstram mais apetência para um raciocínio lógico, são mais práticos, já as mulheres evidenciam essencialmente uma lado mais emocional, podendo estas conclusões estar ligadas aos interesses e habilidades de cada género. O mesmo artigo salienta ainda um estudo com participantes de ambos os géneros a quem era solicitado que recordassem um momento pessoal triste e angustiante e ao mesmo tempo eram apresentadas fotografias de rostos também eles infelizes, onde era registada a ativação de determinadas regiões cerebrais. Concluíram que os participantes do género

feminino têm maiores níveis de ativação e provavelmente sofrem mais sendo a sua tristeza mais evidente.

A literatura salienta que as hormonas sexuais podem influenciar quer o desenvolvimento, quer o funcionamento cerebral podendo ter repercussões ao nível do processamento cognitivo e emocional e nos próprios comportamentos. As mulheres parecem ter um nível de processamento da informação mais rápido, detalhado e minucioso, já os homens parecem desenvolver um processamento de informação heurístico, de descoberta e baseado na experiência. As mulheres parecem preferir a utilização de estratégias e recursos que apelem a uma elaboração sequencial, e os homens a estratégias impulsivas de carácter geral (Martin, 2003).

Como se referiu anteriormente os estilos de vida e hábitos podem influenciar o desenvolvimento de doenças e a literatura refere que a ingestão exagerada de bebidas alcoólicas tem uma influência negativa importante no desenvolvimento de doenças oncológicas. As mulheres parecem consumir menos do que os homens, porém a ingestão tem consequências diferentes, já que estas ressentem-se normalmente mais cedo e com maior gravidade, refletindo-se em termos de processamento cognitivo e motor. Devido ao consumo de bebidas alcoólicas, as mulheres estão mais expostas ao cancro da mama, podendo estar relacionada com aumento significativo dos níveis de estrogénio e androgénio, com maior potencial de vir a criar metástases (Nolen-Hoeksema, 2004).

O estudo desenvolvido por Aparício, Moreno-Rosset, Díasz, e Ramírez-Iclés (2009), referindo-se a sentimento de incapacidade do casal, estudou a infertilidade, tendo concluído que as mulheres evidenciaram níveis de afetividade negativa e um desajustamento emocional superiores aos dos homens.

A perda de capacidades e as transformações corporais têm um impacto negativo e significativo nos doentes com cancro, em especial as mulheres, onde a alopecia (perda de cabelo), ou a remoção da(s) mama(s) têm uma influência significativa, sendo símbolos da feminilidade (Ganz, Kwan, Stanton, Krupnick, Rowland, Meyerowitz, Bower, & Belin, 2004).

Também ao nível do comportamento sexual nas mulheres com cancro de mama são relatadas diferenças, entre o antes e o depois. Principalmente as mulheres submetidas a quimioterapia, provavelmente devido à toxicidade dos tratamentos, relatam mais problemas e queixas sexuais, nomeadamente ao nível do interesse sexual, lubrificação, dor durante as relações, relatando um efeito negativo na vida sexual. A investigação também tem revelado

que estas queixas se mantêm ao longo do tempo e têm tendência a aumentar com a idade (Ganz, et al, 2004). Sintomas semelhantes têm sido relatados por pacientes com linfedema, provocando alterações ao nível da amplitude dos movimentos, aumento do peso, alterações ao nível da autoestima com implicações em termos de alterações corporais o que por vezes dificulta o relacionamento social, interpessoal e até mesmo sexual (Marcucci, 2005).

A investigação levada a cabo por Gomes e Silva (2013), estudou a autoestima nas mulheres submetidas a intervenção cirúrgica após doença oncológica e revelou que as mulheres com elevada autoestima eram casadas, haviam voltado a trabalhar e haviam realizado cirurgia estética no sentido de realizar a reconstrução da mama. Estes autores referem ainda que a autoestima tende a aumentar com o passar dos anos.

Um outro fator por nós estudado está relacionado com a escolaridade. A nossa amostra evidenciou que participantes com formação ao nível do Ensino Superior apresentam menores índices de pessimismo e maiores níveis de satisfação com a vida e autoestima. Já os participantes com menor nível de escolaridade apresentam valores mais elevados de afetividade positiva. A literatura alude que quanto maior a escolaridade, maior é o nível de informação obtida, maior o acesso a experiências diversificadas, maior é a probabilidade de consultar fontes diversas em várias áreas do conhecimento e partilhar essa informação com a sua rede de contactos (Fernández-Ballesteros, et al., 2004). Algo que pode passar a ser valorizado é a questão de ser um sobrevivente oncológico, atribuindo uma significado diferente à remoção de uma parte do corpo, como por exemplo a remoção da mama, do útero, parte dos intestinos ou da próstata (Gomes & Silva, 2013; Neto, Lima, Gomes, Santos, & Tolentino, 2012). As mulheres com mais estudos, mesmo após uma mastectomia parecem evidenciar uma melhor compreensão da sua situação, mostrando-se mais confiantes e isso reflete-se na sua autoimagem, autoconfiança, autoconceito e autoestima, fundamentalmente após realizarem reconstituição mamária. A reconstituição mamária parece ser uma das estratégias mais rápidas e eficazes de aumentar o BES, o otimismo e autoestima nas mulheres (Gomes & Silva, 2013). Desta forma o nível de escolaridade parece influenciar na perceção da doença (Ocampo, 2010).

De acordo com Varela e Leal (2007), que estudaram as estratégias de *coping* em mulheres com cancro da mama, concluíram que quanto maior for a escolaridade menor era preocupação ansiosa. Já baixos níveis de instrução se encontram relacionados com condições económicas e financeiras mais limitadas, tendo a doença um impacto significativo e negativo, pois muitas vezes está associado à falta de informação, à valorização de mitos ligados à

doença, sendo que estas famílias também poderão encontrar-se vulneráveis em termos sociais (Carvalho, 2008). O nosso estudo vai de certa forma ao encontro do que refere a literatura em termos de escolaridade.

A existência de suporte familiar, especialmente a presença do cônjuge ou companheiro (a) parece ser um outro fator fundamental no acompanhamento da doença, sendo os familiares diretos os principais cuidadores. O nosso estudo revela que os participantes solteiros(as) apresentam valores superiores de afetividade positiva e de afetividade negativa, sugerindo desta forma a existência de uma bidimensionalidade da afetividade, o que poderá querer dizer que estas dimensões são independentes (Hutz, et al, 2014; Kim, Baker, Spillers, & Wellisch, 2006; McCullough, Heubner, & Laughlin, 2000). Já os divorciados (as) apresentam índices mais elevados de Otimismo, provavelmente relacionado com uma nova forma de encarar a vida tendo por base experiências anteriores (Gilbar, Steiner, & Atad, 1995). Os viúvos apresentam índices mais elevados de Pessimismo, normalmente associados a pessoas mais velhas, que se isolam, apresentam sinais de desesperança, perda de mobilidade, sentimento de dependência, poderão ter uma rede social mais limitada e por vezes terem de se adaptar a uma nova realidade nesta altura da vida influenciam a perceção do BES (Carneiro, Falcone, Clarka, Pretteb, & Pretteb, 2007; Sousa, Silva, Figueiredo, Minayo, & Vieira, 2013). Os casados/ união de facto são os que apresentam índices mais elevados de SWLS e autoestima, o que demonstra a importância do apoio e suporte afetivo.

Também a resiliência, a rede de contactos e suporte social poderão influenciar numa eventual recuperação (Gomes e Silva, 2013). Neste sentido, o cuidador pode ser o companheiro(a), o (s) filho (s), outros membros da família ou simplesmente pessoas próximas (Sanchez, et al., 2010), designado de cuidador informal que não é remunerado (American Cancer Society, Julho 2014).

Um a vasta literatura aponta para a escassez de recursos disponibilizados em prol da família, uma vez que estes muitas vezes também necessitam de apoio psicológico, emocional e de apoio em termos de orientação e acompanhamento do paciente oncológico (Carvalho, 2008; Gilbar, & Refaeli, 2000; Gilbar, Steiner, & Atad, 1995; Gomes, & Silva, 2013; Sanchez, et al., 2010). A empatia, bom humor, compreensão, escuta ativa e comunicação são aspetos fundamentais durante o processo terapêutico. A abordagem deveria ser interdisciplinar, contando nomeadamente com médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas e voluntários e a intervenção deveria incidir não só no paciente como também na família e cuidadores (Inca, 2002).

De acordo com Drageset e Lindstrøm (2005) vêm reforçar a importância do suporte social, uma vez que tanto o nível de escolaridade como a vinculação parecem estar fortemente associada ao suporte social. Também o desemprego, baixos níveis de instrução e o estado civil à exceção dos casados parecem estar relacionados com a utilização de estratégias de resolução de problemas ligadas a defensas cognitivas. Também as pessoas que apresentam um estilo mais agressivo e hostil tendem a receber menor suporte social.

Sendo os familiares os principais cuidadores do paciente oncológico, as esposas cuidadoras experienciam normalmente uma diminuição da qualidade no seu relacionamento, as incertezas quanto ao desfecho da doença, a falta de informação e apoio emocional (familiar e institucional) o que lhes causa uma grande angústia. As companheiras de pacientes com cancro na próstata revelaram que estes experienciaram incontinência e impotência como resultado dos tratamentos o que lhes provocou alterações importantes na vida conjugal. Cerca de 1/5 dos pacientes com cancro na próstata evidenciaram elevados níveis de ansiedade e depressão, pois o receio de não controlarem o aparelho urinário em locais públicos e o evitamento de relações sexuais interferiam com a sua masculinidade (Sanchez, et al., 2010).

A perceção da doença pode ter efeitos significativos principalmente em mulheres mais jovens, pois, supostamente, apresentam responsabilidades distintas quer em termos familiares, quer em termos profissionais. Este estudo revela que mulheres mais novas vítimas de cancro de mama revelaram maior medo da recorrência de cancro (MRC) comparativamente com mulheres mais velhas, contudo, qualquer mulher que tenha sido mãe revela MRC independentemente da idade (Lebel, Beattie, Arés, & Bielajew, 2012). Já o estudo realizado por Gilbar, Steiner e Atad, (1995) revela diferenças significativas em termos de sofrimento e alterações emocionais, em que os maridos revelam valores de sofrimento mais elevados do que as próprias mulheres com doença oncológica ginecológica. Contudo, a comparação de mulheres solteiras e casadas com problemas oncológicos em termos de ginecologia, revelou que as solteiras revelaram índices mais elevados de desajustamento emocional e sofrimento psicológico.

Em termos de questões laborais, alguns estudos evidenciam que os pacientes oncológicos devem retomar a sua vida, continuando as atividades e rotinas que outrora foram interrompidas, visto que manterem-se ocupados, sentirem-se úteis e válidos lhes trás benefícios em termos psicológicos e sociais (Gomes, & Silva, 2013; Marcucci, 2005), evidenciando maior qualidade de vida, saúde e um sentimento subjetivo de bem-estar (Gomes, & Silva, 2013). Relembrando a primeira hipótese por nós formulada “H1- É

esperado que os participantes que trabalham apresentem índices mais elevados de BES, otimismo e autoestima do que os que não trabalham”, esta hipótese confirma-se. O nosso estudo revelou que os participantes que trabalham apresentam valores mais elevados de BES (afetividade positiva e satisfação com a vida), otimismo e autoestima do que os que não trabalham, demonstrando ainda que os que não trabalham apresentam valores mais elevados de pessimismo.

O estudo realizado por Fotiadou, et al., (2008) verificou índices superiores de otimismo nos progenitores de género masculino do que no género feminino, e nos progenitores (pais e mães) que não tiveram de reduzir ou alterar o seu ritmo laboral para cuidar do seu filho.

Apesar de existir alguma relutância por parte de algumas equipas médicas, existem alguns estudos que sugerem que os pacientes oncológicos deveriam realizar exercício físico controlado e moderado, pois os efeitos são benéficos em termos físicos e psicológicos, com a melhoria da autoestima, melhor qualidade de vida, maior BES, menor irritabilidade e ansiedade e menos sintomas depressivos (Courneya, 2001; Marcucci, 2005).

O estudo desenvolvido por Gomes e Silva (2013), salienta que as mulheres com cancro da mama submetidas a procedimento cirúrgico que apresentaram uma autoestima elevada, mais de 70% encontravam-se a trabalhar. Os autores aludem ainda que cerca de 40% da amostra em estudo voltou a trabalhar após procedimento cirúrgico/tratamento e segundo os mesmos, a existência de algum tipo de flexibilidade laboral, a reintegração no local de trabalho realizada de forma gradual e progressiva, e a utilização de uma comunicação assertiva facilitariam e beneficiariam ambas as partes (empregado e empregador).

Relembrando a H2 “É esperado que a população em geral apresente níveis superiores de BES do que os pacientes oncológicos e familiares diretos de pacientes oncológicos”. Os resultados por nós obtidos revelam que esta hipótese não se confirma. Relembra-se que os pacientes oncológicos são os que apresentam índices mais elevados quer de otimismo, quer de pessimismo o que poderá sugerir a existência de uma bidimensionalidade (Sulkers, et al., 2013). Os pacientes oncológicos são ainda os que apresentam índices mais elevados de Afetividade Negativa e Autoestima. O grupo de participantes que apresenta maiores níveis de satisfação com a vida são os familiares de pacientes oncológicos, o que contraria de certa forma alguma da literatura mais recente (American Cancer Society, Julho 2014; Fotiadou, et al., 2008; Gilbar & Refaeli, 2000; Sanchez, et al, 2010).

O estudo transcultural entre uma amostra brasileira e norte americana que pretendeu estudar a esperança, otimismo, a autoestima, o BES e a personalidade chegou à conclusão que os aspetos culturais influenciam a maneira de encarar a vida e as situações adversas. Mostrou por exemplo que os norte-americanos apresentam índices superiores de satisfação com a vida, afetividade positiva e esperança, provavelmente devido a uma perceção da vida mais individualista, dando primazia a si e à família nuclear, já a amostra brasileira evidenciou valores superiores de otimismo, sendo considerada uma sociedade mais coletivista, destacando o alcance de objetivos comuns em prol da comunidade (Hutz et al, 2014). Allik e Realo (2004 cit in Hutz et al, 2014) destacam que culturas individualistas podem estar fortemente relacionadas a níveis de satisfação com a vida, autoestima e qualidade de vida mais elevados. Outro fator importante diz respeito à perceção subjetiva de estabilidade política, económica e financeira, onde a qualidade dos serviços públicos é reconhecida e a segurança é valorizada, sendo fatores que podem contribuir para o aumento da satisfação com a vida.

As condições económicas e sociais parecem estar significativamente associadas com o BES. Segundo Lever, Pinol e Uralde (2005) famílias com menos recursos económicos poderão evidenciar situações de conflito mais recorrentes, evidenciando igualmente níveis de maior descontentamento e infelicidade. De acordo com Woyciekoski, Stenert e Hutz (2012) famílias com maior disponibilidade financeira parece ser um bom preditor do BES, em países em vias de desenvolvimento. Já nos países desenvolvidos este fator parece ter pouca influência. Também as condições salariais merecem uma ressalva uma vez que o aumento salarial para pessoas originárias de países em vias de desenvolvimento tem um impacto positivo nas suas vidas, já as pessoas oriundas de países desenvolvidos o aumento salarial não aumentou o BES. Segundo Suhail e Chaudhry (2004), revelaram que não existem diferenças em termos de felicidade entre pessoas de origem ocidental ou oriental e que a maioria se considera feliz. Fatores como a satisfação no trabalho, apoio social, filiação religiosa, estado civil são considerados como os melhores preditores do BES.

Woyciekoski, Stenert e Hutz (2012) salientam a realização profissional como o melhor preditor de satisfação com a vida, valorizando mais a realização pessoal do que propriamente o aumento do salário.

Segundo Gilbar e Refaeli (2000), um estudo realizado com pacientes oncológicos e respetivos parceiros (as) revelou que os (as) companheiros (as) tendem a ser mais depressivos e a evidenciar mais sintomatologia depressiva do que os próprios doentes. A literatura salienta

a lacuna que existe em termos de apoio psicológico aos cuidadores e familiares de pacientes oncológicos. Eles deveriam ser autorizados a estar presentes, por exemplo na altura do diagnóstico, poderem colocar as suas dúvidas, deveriam ter mais atenção da equipa de saúde, deveriam estar mais informados, deveriam ter algum tipo de formação para lidar com pacientes oncológicos, contudo parecem estar excluídos de todo este processo que também a eles diz respeito, ainda que indiretamente (Gilbar & Refaeli, 2000; Sanchez, Ferreira, Dupas, & Costa, 2010). Parece existir um efeito positivo quando a família acompanha o paciente e segundo Fotiadou, et al., (2008) os grupos de apoio em ambientes hospitalares poderão ser um recurso útil no sentido de apoiar pais de crianças com cancro, quer durante o internamento, quer nas visitas de ambulatório.

Os cuidadores parecem estar mais expostos a problemas como depressão, elevados níveis de ansiedade, dúvidas, incertezas, medos, deterioração dos relacionamentos e conflito de papéis, descurando essencialmente as suas necessidades, saúde e bem-estar (Gilbar & Refaeli, 2000; Sanchez, et al., 2010). Muitos pacientes oncológicos chegam a verbalizar que preferiam morrer a ser um encargo para os cuidadores e/ou familiares, apercebendo-se das necessidades constantes a que estão sujeitos (American Cancer Society, Julho 2014; Sanchez, et al, 2010).

Sanchez e colaboradores (2010), referem que o processo de acompanhamento de pacientes oncológicos é doloroso para ambas as partes (cuidador e paciente). Cerca de 1/3 dos cuidadores de doentes com cancro apresentam algum tipo de alteração psiquiátrica ao longo da vida e cerca de 15% chega a recorrer a serviços de psiquiatria ou psicologia devido à preocupação com os familiares.

As mulheres de pacientes oncológicos apresentam um elevado nível de sobrecarga emocional, aumentando significativamente o risco de virem a sofrer de alguma perturbação psiquiátrica nomeadamente numa fase mais avançada da doença. Algumas das preocupações da mulher cuidadora podem estar ligadas a problemas financeiros, isolamento, depressão ou problemas emocionais (Sanchez, et al, 2010).

No que respeita à última hipótese (H3), “É esperado que os pacientes oncológicos, familiares e população em geral apresentem uma associação positiva e significativa entre o bem-estar subjetivo, o otimismo e autoestima”, no cômputo geral a mesma não se confirma devido à falta de significância entre SWLS e a AP e a AE nos pacientes oncológicos.

O nosso estudo demonstra que o grupo dos *pacientes oncológicos* revelaram a existência de uma correlação moderada, positiva e significativa entre o otimismo e AP,

otimismo e SWLS e o otimismo e a AE. Esta mesma associação foi encontrada entre SWLS e AE, estando de acordo com a H3. Contudo a relação entre a AP e SWLS e a AP e a AE, é positiva, fraca e não significativa, pelo que não se confirma a H3. Quanto ao grupo dos *familiares diretos de pacientes oncológicos*, encontrámos uma correlação moderada, positiva e significativa entre o otimismo e AP e entre Otimismo e SWLS. Já a relação entre o Otimismo e a AE é forte, positiva e significativa. A associação entre SWLS e AE é moderada, positiva e significativa. À semelhança dos pacientes oncológicos, os familiares apresentam uma associação fraca, positiva, mas desta feita significativa entre a AP e SWLS e a AP e a AE, pelo que se confirma a H3. No que respeita à *população em geral*, foi encontrada uma correlação fraca, positiva e significativa entre o otimismo e AP, e moderada entre Otimismo e SWLS e Otimismo e a AE, e entre SWLS e AE. À semelhança dos familiares diretos de pacientes oncológicos, a população em geral apresenta uma associação fraca, positiva e significativa entre a AP e SWLS e a AP e a AE, pelo que se confirma a H3.

Gostar-se-ia apenas de salientar que quando se fala de correlações, estas não permite inferências diretas da relação causa e efeito (Maroco, 2007; Pereira, 2008).

De acordo com Júnior e Zanini (2011) a resiliência parece ser uma das características fundamentais na diferenciação entre otimistas e pessimistas. Na sua opinião trata-se de conceito subjetivo que permite lidar com as dificuldades de uma forma assertiva transformando-as em aprendizagens, sendo considerada a capacidade de gerir e lidar com situações geradoras de tensão e stresse. Assim, aquando de um diagnóstico de cancro, ainda que de alguma forma seja expectável, a transmissão da informação tem normalmente um impacto significativo e negativo, quer no paciente, quer nos familiares ou amigos. Para Sulkers, et al., (2013) um paciente oncológico não é alguém demasiado otimista, contudo os níveis de pessimismo são mais controlados, devendo a intervenção incidir nas atitudes e cognições negativas.

Lidar com a doença pode implicar uma mudança de vida profunda de todos os intervenientes (paciente e familiar), nas mais diversas áreas tais como pessoal, profissional e/ou de lazer. O processo de adaptação nem sempre é fácil e tanto os fatores de proteção como os fatores de risco devem ser rigorosamente ponderados (Rodrigues, Ferreira, & Caliri, 2013). A estabilidade emocional, as crenças e valores ou a espiritualidade podem ser fatores ligados a uma boa adaptação à doença sendo considerados fatores protetores (Júnior, & Zanini, 2011).

No estudo de Fotiadou, et al, (2008), mencionam que parece existir uma associação positiva e significativa entre o otimismo e o bem-estar subjetivo, em especial com a satisfação

com a vida, uma vez que os pacientes e familiares otimistas parecem confiar mais na equipa técnica e numa boa recuperação. Mais, salientam que pessoas mais otimistas têm menos probabilidade de virem a sofrer perturbações psiquiátricas. Pais de crianças com problemas oncológicos estão mais suscetíveis a elevados níveis de ansiedade, depressão, stresse emocional, insatisfação com a vida e uma diminuição da perceção subjetiva de saúde, comparativamente com pais de crianças sem problemas oncológicos.

No estudo de Rodrigues, Ferreira e Caliri (2013), foi identificada uma correlação forte, positiva e significativa entre a interação social positiva e o apoio emocional percebido pelas famílias com doentes com cancro.

Alguns estudos indicam que variáveis positivas como o otimismo e a esperança podem ser consideradas forças e expectativas que orientam de forma positiva para o futuro, tendo identificado uma relação positiva entre o otimismo, autoestima e esperança (Hutz, et al, 2014; Wong & Lim, 2009).

Segundo Wong e Tim (2009), o otimismo e a esperança são preditores da satisfação com a vida. Segundo Rosenberg (1965 in Hutz, et al, 2014), a autoestima refere-se à avaliação que as pessoas fazem sobre si mesmas, revelando uma ideia de aceitação ou reprovação e que mostra o quanto as pessoas acreditam na sua potencialidade. Desta forma a autoestima poderá estar ligada quer aos níveis de motivação, quer à persistência individual, o que significa que quanto maior for a sua autoestima, melhor será a sua autoavaliação e consequentemente mais facilmente a sua convicção vai no sentido de poderem atingir os seus objetivos e até mesmo poderem experienciar acontecimentos positivos o que pode contribuir para uma melhor perceção do bem-estar subjetivo (Hutz, et al, 2014).

Como se referiu anteriormente, o BES está ligado a uma componente afetiva que reflete a intensidade e frequência dos eventos experienciados, que parece ser estável ao longo do tempo. O bem-estar subjetivo está ainda ligado a uma componente cognitiva (satisfação com a vida), que reproduz a esperança na obtenção de objetivos delineados, podendo ser obtidos com uma certa facilidade, pessoas estas que se encontram satisfeitas com o que a vida lhes tem proporcionado (Diener, Lucas & Oishi, 2001; Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005; Giacomoni, & Hutz, 2006; Hutz, et al, 2014; Ocampo, 2010; Woyciekoski, Stenert, & Hutz, 2012).

O estudo desenvolvido por Norem e Chang (2002), que pretendeu avaliar as diferenças de otimismo, pessimismo, afetividade e autoestima em diferentes situações e contextos culturais encontrou uma correção positiva e significativa entre a afetividade positiva, o

otimismo e autoestima. O estudo de Wong e Lim (2009), referem que o otimismo e a esperança explicam cerca de 17% da satisfação com a vida. Para Gutierrez, Jiménez, Hernández, e Puente, (2005), a personalidade parece ser um importante preditor do bem-estar subjetivo, tendo as dimensões extroversão e neuroticismo um grande impacto nesta avaliação.

Segundo Smedema, Catalano e Ebener (2010), o recurso a estratégias de *coping* negativas mostram uma correlação negativa com a autoestima e com o BES, pois estas pessoas apresentam maior dificuldade de adaptação e de resolução de problemas, têm dificuldades em pedir auxílio, culpam os outros ou auto culpabilizam-se e evitam lidar diretamente com situações de conflito. Assim, a resposta a situações de stresse resultam da forma como é processada a situação e/ou informação e podem afetar as escolhas e tomadas de decisão (Serra, 2002). Também as crenças e as práticas ligadas à *religião* e à espiritualidade, poderão ter uma influência significativa na maneira como é percebida a qualidade de vida e o BES, atuando como um fator protetor contra os sentimentos e emoções negativos (Abdel-Khalek, 2010; Willis, 2009; Woyciekoski, Stenert & Hutz, 2012). Para Sanchez, et al., (2010), a religiosidade e espiritualidade em níveis elevados são suscetíveis de provocar uma preocupação elevada e consequentemente exacerbar a sintomatologia depressiva, contudo níveis moderados de religiosidade evidenciaram uma diminuição da ansiedade e da depressão.

Em suma, parece inquestionável que tanto a afetividade positiva como a satisfação com a vida, são duas componentes importantes do BES que se revelam fundamentais quando associada ao otimismo e à autoestima, sendo componentes positivas relevantes no processo de recuperação (Sulkers, et al, 2013).

Entre as limitações detetadas no estudo, salientamos o reduzido número de instituições ligadas a problemas oncológicos que aceitaram participar no estudo. Das nove instituições contactadas através de carta registada apenas uma aceitou o convite.

Não sendo propriamente uma limitação, a questão de seleção dos participantes (pacientes oncológicos, familiares e população em geral) talvez chamasse mais atenção se tivesse sido formulada no início, contudo poderia enviesar os resultados. Salienta-se que esta última questão foi colocada propositadamente no final do protocolo e desta forma poder-se-á explicar o número reduzido de respostas de pacientes oncológicos e familiares.

Uma outra possível limitação, ainda que não tivesse sido comprovada pessoalmente uma vez que o questionário apresentava um formato *on-line*, talvez o questionário tenha sido demasiado extenso, tendo em conta o número de questionários incompletos/anulados que obtivemos (95 incompletos).

Para futuros estudos sugere-se o controlo da co-morbilidade diagnosticada, no sentido de se tentar eliminar variáveis que possam interferir no processo de avaliação do bem-estar subjetivo (BES) em pacientes oncológicos e seus familiares. Poder-se-á reformular o protocolo no sentido de introduzir/ adaptar uma escala de Desejabilidade Social. Próximas investigações poderão igualmente incidir na figura do cuidador/ prestador de cuidados (familiar ou não), um vez que a literatura refere que o sistema de saúde parece não estar atento a uma figura tão importante. Uma outra sugestão para futuras investigações poderá incidir no estudo da personalidade, juntamente com as variáveis positivas referidas anteriormente (BES, afetividade e satisfação com a vida; otimismo e autoestima).

Conclusão

Conclusão

Atualmente, segundo os dados que são veiculados nos meios de comunicação social, bem como as estatísticas mundiais revelam que a doença oncológica é uma das principais causas de morte e todo o mundo. Para além do efeito devastador da doença em termos sociais, com um número muito significativo de mortes, o número de novos casos também está a aumentar. Dados que de certa forma tentam contrariar estes dados dizem respeito aos avanços da investigação e da medicina que fazem com que o número de sobreviventes de cancro seja cada vez maior.

A literatura também refere que a longevidade poderá estar associada ao cancro, possibilitando que determinadas patologias do foro oncológico se disseminem, uma vez que a esperança média de vida também está a aumentar.

O cancro encontra-se associado aos estilos de vida que surgem da generalização de procedimentos, atitudes e comportamentos, vulgo consequências da globalização, que são prejudiciais para a saúde. Também nos parece importante salientar que a componente genética e a hereditariedade também têm uma “palavra a dizer” em relação à doença oncológica.

Todavia a doença oncológica desde as suspeitas, até ao diagnóstico, passando pelos tratamentos, são um processo doloroso e desgastante não apenas para o paciente, como também para os familiares ou amigos, em especial para o cuidador primário que é o prestador de cuidados principal. A literatura salienta a necessidade de um apoio mais efetivo para com os familiares pois parecem ser negligenciados quer em termos de informação, formação e apoio psicológico pelo sistema de saúde. Os cuidadores podem evidenciar maiores níveis de ansiedade e depressão que os próprios pacientes oncológicos.

Tendo em conta o carácter variável e a amplitude do conceito de doença oncológica, julgou-se importante estudar de uma forma transversal, o bem-estar subjetivo (BES) em pacientes oncológicos e familiares, tendo como grupo de controlo a população em geral. Tomando o otimismo e a autoestima como dois conceitos de orientação positiva e associados em alguns estudos ao BES também foram analisados nesta investigação.

Assim, apesar das limitações do estudo e dos resultados não poderem ser generalizados para a população portuguesa devido ao reduzido número de participantes oncológicos e familiares, esta investigação poderá deixar alguns indicadores importantes.

Associando algumas das variáveis sociodemográficas com as dimensões do BES verificaram-se algumas relações que poderão influenciar direta e indiretamente a maneira de

percecionar a vida de uma forma positiva, nomeadamente as variáveis nível de escolaridade, estado civil ou a situação profissional.

Elevados níveis de escolaridade (ensino superior) mostraram pessoas com maiores níveis de satisfação com a vida e autoestima, e menores índices de pessimismo. Uma vida familiar estável também parece ser um bom preditor do BES, uma vez que os participantes viúvos apresentaram valores mais elevados de pessimismo, já os participantes casados ou que vivem em união de facto apresentaram valores mais elevados de satisfação com a vida e autoestima. Os solteiros apresentaram valores superiores de afetividade negativa. Quanto às questões laborais, parece um bom preditor que as pessoas se mantenham ocupadas, que retomem ou conservem as suas rotinas ou que se encontrem a trabalhar. Os participantes que se encontram ativos em termos profissionais mostraram maiores níveis de satisfação com a vida, afetividade positiva, otimismo e autoestima do que os que não se encontravam ativos. Ainda no nosso estudo os pacientes oncológicos são os mais otimistas, mas são igualmente os que apresentam níveis mais elevados de pessimismo, afetividade negativa e autoestima. Já os familiares de pacientes oncológicos revelaram valores superiores de satisfação com a vida e afetividade positiva.

Julga-se que o presente estudo se baseia numa temática atual, podendo servir como indicador para o desenvolvimento de futuras investigações na área da oncologia. Alerta essencialmente para a preocupação com as duas faces de uma moeda (paciente e cuidador), que são inseparáveis, podendo fomentar o interesse dos profissionais de saúde a desenvolver Programas de Formação e Prevenção na área das doenças oncológicas.

Em conclusão, o processo oncológico tem a capacidade de mudar a família e a maneira de percecionar a vida, quer em termos individuais, familiares, profissionais e sociais, deixando a sua marca.

Bibliografia

- Abdel-Khalek, A. (2010). Quality of life, subjective well-being, and religiosity in Muslim college students. *Quality of Life Research*, 19 (8), 1133-1143.
- Alahdad, R, Alavi, M., Ninggal, T. & Mirzaei, F. (2013). Identifying Major Traits of Personality towards Life Satisfaction among Married Students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 114, 394 – 398.
- Alarcão, M. (2000). *(Des) Equilíbrios Familiares*. Coimbra: Quarteto.
- American Cancer Society (2013). Rising Global Cancer Epidemic. Retirado: Abril, 27, 2014, de <http://www.cancer.org/research/infographicgallery/rising-global-cancer-epidemic>.
- American Cancer Society (2014a). Cancer Facts & Figures 2014. Retirado: Abril, 27, 2014 de <http://www.cancer.org/research/cancerfactsstatistics/cancerfactsfigures2014/index>.
- American Cancer Society (2014b). What it takes to be a caregiver. Retirado: Julho, 25, 2014 de <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003199-pdf.pdf>.
- Andrade, E., Sousa, E. & Minayo, M. (2009). Intervenção visando a auto-estima e qualidade de vida dos policiais civis do Rio de Janeiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14 (1), 275-285.
- Aneshensel, C., Pearlin, L., & Schuler, R. (1993). Stress, role captivity, and the cessation of caregiving. *Journal Health and Social Behavior*, 34 (1), 54–70.
- Aparício, M., Moreno-Rosset, C., Díaz, M., & Ramírez-Iclés (2009). Gender differences in affect, emotional maladjustment and adaptive resources in infertile couples: a positive approach. *Annuary of Clinical and Health Psychology*, 5, 39-46.
- Applebaum, A., Stein, E., Lord-Bessen, J., Pessin, H., Rosenfeld, B., & Breitbart, W. (2014). Optimism, social support, and mental health outcomes in patients with advanced cancer. *Psycho-Oncology*, 23 (3), 299-306 (abstract).
- Avanci, J., Assis, S., Santos, N. & Oliveira, R. (2007). Adaptação Transcultural de Escala de Auto-Estima para Adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (3), 397-405.
- Barros, F. (2011). Bem-estar, suporte social e adaptação à institucionalização no idoso. *Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio*, 1-15.
- Baumeister, R., Campbell, J., Krueger, J., & Vohs, K. (2003). Does high self- esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4, 1-44.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva da depressão* (1ª Ed.). Porto Alegre: Artmed.

- Benninghoven, D., Kaduc., A., Wiegard, U., Spedot, T., & Kunzendorf, S. (2006). Influence of anxiety on the course of heart disease after acute myocardial infarction – risk factor of protective function? (Abstract). *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75 (1), 56-61.
- Bozorgpour, F. & Salimi, A. (2012). State Self-Esteem, Loneliness and Life Satisfaction. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 69, 2004-2008.
- Branco, I. (2005). Prevenção do câncer e educação em saúde: opiniões e perspectivas de enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 14 (2), 246-249.
- Carneiro, R., Falconea, E., Clarka, C., Pretteb, Z., & Pretteb, A. (2007). Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (2), 229-237.
- Carvalho, C. (2008). A necessária atenção à família do paciente oncológico. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 54 (1), 97-102.
- Carvalho, M., Oliveira-Filho, R., Gomes, H., Veiga, D., Juliano, Y. & Ferreira, L. (2007). Auto-estima em Pacientes com Carcinoma de Pele. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 34 (6), 361-366.
- Cella, D., Mahon, S., & Donovan, M. (1999). Cancer recurrence as a traumatic event (Abstract). *Behavioural Medicine*, 6, 15-22.
- Chalise, H., Saito, T., Takahashi, M. & Kai, I. (2007). Relationship specialization amongst sources and receivers of social support and its correlations with loneliness and subjective well-being: a cross sectional study of Nepalese older adults (Abstract). *Archives of gerontology and geriatrics*, 44 (3), 299-314.
- Chang, E., Maydeu-Olivares, A., & D’Zurilla, T. (1997). Optimism and pessimism as partially independent constructs: relationship to positive and negative affectivity and psychological well-being. *Personality and individual Differences*, 23, 433-440.
- Cherry, K. (s/d). What is self-esteem? Retirado: Setembro, 4, 2014 de <http://psychology.about.com/od/sindex/f/what-is-self-esteem.htm>.
- Clark, M., Vickers, K., Hathaway, J., Smith, M., Looker, S., Petersen, L., Pinto, B., Rummans, T. & Loprinzi, C. (2007). Physical activity in patients with advanced-stage cancer actively receiving chemotherapy. *The Journal of Supportive Oncology*, 5 (10), 487-493.
- Cohen S., & Pressman S. (2006). Positive affect and health (Abstract). *Current Directions in Psychological Science*, 15 (3), 122–125.
- Colaço, N. (2011). *Eu Sei! Ser preto no branco* (1ª Ed.). Lisboa: Nuno Colaço.

- Courneya, K. (2001). Exercise interventions during cancer treatment: biopsychosocial outcomes. *Exercise & Sport Sciences Reviews*, 29 (2), 60-64.
- Dember, W., Martin, S., Hummer, M., & Howe, S. (1989). The measurement of optimism and pessimism. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological*, 8, 102-119.
- DeNeve K. & Cooper, H. (1998). The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 124 (2), 197–229.
- Dias, M. & Durà, E. (2002). *Territórios da psicologia oncológica* (1ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Grifflins, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49 (1), 71-75.
- Diener, E., Lucas, R., & Oishi, S. (2001). Subjective well-being: the science of happiness and life satisfaction. *Emotion-focused approaches*, 5 (III), 63-73.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective Well-Being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125 (2), 276-302.
- Dimitrios I., Papadopoulos, D., & Prats, L. (2013). The Free Time Allocation and its Relationship with the Perceived Quality of Life (QoL) and Satisfaction with Life (SwL). *Procedia Economics and Finance*, 9, 519 – 532.
- Dini, G., Quaresma, M. & Ferreira, L. (2004). Adaptação Cultural e Validação da Versão Brasileira da Escala de Auto-estima de Rosenberg. *Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica*, 19 (1), 41-52.
- Direção-Geral da Saúde – D.G.S. (2013). Portugal Doenças oncológicas em números – 2013. *Direção-Geral da Saúde*, 1-84.
- Drageset, S. & Lindstrøm, T. (2005). Coping with a possible breast cancer diagnosis: demographic factors and social support (abstract). *Journal of Advanced Nursing*, 51(3), 217–226.
- El-Hani, C. (2006). Diferenças entre homens e mulheres: biologia ou cultura? *Revista USP*, 29, 149-160.
- Engelking, C. (2014). Oldest Case of Cancer Discovered in Ancient Skeleton: *Discover – Science for the curious*. Retirado: Abril. 12, 2014, de <http://blogs.discovermagazine.com/d-brief/2014/03/18/oldest-case-of-cancer-discovered-in-ancient-skeleton/>.

- Esperdigão, E. & Munari, D. (2000). Repensando a formação do enfermeiro e investindo na pessoa: algumas contribuições da abordagem gestáltica, *Revista Brasileira de Enfermagem*, 53 (3), 415-423.
- Fayed, L. (2014). The History of Cancer: How Cancer was First Discovered and Treated. Retirado: Abril, 19, 2014, de <http://cancer.about.com/od/historyofcancer/a/cancerhistory.htm>.
- Fayed, N., Klassen, A., Dix, D., Klassen, R., & Sung, L. (2011). Exploring predictors of optimism among parents of children with cancer. *Psycho-Oncology*, 20, 411–418.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M., Rudingerb, G., Schrootsc, J., Hekkinnend, E., Drusinie, A., Paul, C., Charzewskag, J. & Rosenmayrh, L. (2004). Assessing Competence: The European Survey on Aging Protocol (ESAP) *Behavioural Science Section Gerontology*, 50, 330–347.
- Ferraz, R., Tavares, H., & Zilberman, M. (2007). Happiness: a review. *Revista Psiquiatria Clínica*, 34 (5), 234-242.
- Fontelonga, A. (2002). Estatísticas do cancro – *Alert Life Sciences Computing*. Retirado: Abril, 27, 2014 de <http://www.alert-online.com/pt/medical-guide/estatisticas-do-cancro>.
- Fotiadou, M., Barlow, J., Powell, L. & Langton, H. (2008). Optimism and psychological well-being among parents of children with cancer: an exploratory study. *Psycho-Oncology*, 17 (4), 401–409.
- Fuhrman, J. (2004). *Comer para viver*. Alfragide: Lua de Papel.
- Gabitta, M. & Guzzo, R. (2002). Estudo Inicial do Inventário de Auto-Estima (SEI) – Form A. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (1), 143-150.
- Galinha, I. & Pais-Ribeiro, J. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjetivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6 (2), 203-214.
- Galinha, I. & Pais-Ribeiro (2005a). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): *Abordagem teórica ao conceito de afecto, Análise Psicológica*, 2 (XXIII): 209-218.
- Galinha, I. & Pais-Ribeiro (2005b). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 2 (XXIII): 219-227.
- Ganz, P., Kwan, L., Stanton, A., Krupnick, J., Rowland, J., Meyerowitz, B., Bower, J., & Belin, T. (2004). Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: first

- results from the moving beyond cancer randomized trial. *Journal of the National Cancer Institute*, 96 (5), 376-387.
- Gazallea, F., Limab, M., Tavares, B. & Curi, P. (2004). Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 38 (3), 365-371.
- Gil, J., Bañeres, M., López, F., Martínez, A., & Serrano, A. (2001). Cáncer de mama y mastectomía. Estado actual. *Cirugía Española*, 69 (1), 56-64.
- Gilbar, O., & Refaeli, R. (2000). The Relationship Between Adult Cancer Patients' Adjustment to the Illness and that of their Parents, *Families, Systems & Health*, 18 (1), 5-17.
- Gilbar, O., Steiner, M., & Atad, J. (1995). Adjustment of married couples and unmarried women to gynaecological cancer. *Psychooncology*, 4, 203-211.
- Giacomoni, C. & Hutz, C. (2006). Escala de afeto positivo e negativo para crianças: estudos de construção e validação. *Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 10 (2), 235-245.
- Gomes, N. & Silva, S. (2013). Avaliação da autoestima de mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária. *Texto Contexto Enfermagem*, 22 (2), 509-516.
- Gutierrez, J., Jiménez, B., Hernández, E., & Puente, C. (2005). Personality and Subjective Well-Being: Big Five Correlates and Demographic Variables. *Personality and Individual Differences*, 38, 1561-1569.
- Halpern, D (2005). Psychology at the intersection of work and family: Recommendations for employers, working families, and policymakers. *American Psychologist*, 60 (5), 397-409.
- Hennezel, M. (2009). *Diálogo com a morte* (7ª Ed.). Alfragide: Casa das Letras.
- Hevey, D., French, D., Marteu, T., & Sutton, S. (2009). Assessing Unrealistic Optimism: Impact of Different Approaches to Measuring Susceptibility to Diabetes, *Journal of Health Psychology*, 14 (3) 372 – 377.
- Honoré, B. (2004). *Cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hu, J., & Gruber, K. J. (2008). Positive and negative affect and health functioning indicators in older adults with chronic illnesses. *Mental Health Nursing*, 29 (8), 895-911.
- Hutz, C., Midgett, A., Pacico, J., Bastianello, M. & Zanon, C. (2014). The Relationship of Hope, Optimism, Self-Esteem, Subjective Well-Being, and Personality in Brazilians and Americans. *Psychology*, 5, 514-522.

- Hutz, C. & Zanon, C. (2011). Revisão da Adaptação, Validação e Normalização da Escala de Autoestima de Rosenberg. *Avaliação Psicológica*, 10 (1), 41-49.
- Jafari, E., Najafi, M., Sohrabi, F., Dehshiri, G., Soleymani, E. & Heshmati, R. (2010). Life satisfaction, spirituality well-being and hope in cancer patients. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 1362–1366.
- Johnson, G. (2013). Cancer, Estrogen, and the Metabolic Mess: *Discover – Science for the curious*. Abril. 12, 2014, de <http://blogs.discovermagazine.com/fire-in-the-mind/2013/11/06/carcinogenic-properties-estrogen/>.
- Júnior, W. & Zanini, D. (2011). Estratégias de Coping de Pacientes Oncológicos em Tratamento Radioterápico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27 (4), 491-497.
- Kim, Y., Baker, F, Spillers, R., & Wellisch, D. (2006). Psychological adjustment of cancer caregivers with multiple roles. *Psycho-oncology*, 15, 795–804.
- Kübler-Ross, E. (2008). *Acolher a morte* (1ª Ed.). Cruz Quebrada: Estrela Polar.
- Lebel, S., Beattie, S., Arés, I., & Bielajew, C. (2012). Young and worried: age and fear of recurrence in breast cancer survivors. *Health Psychology*, 32 (6), 695–705.
- Lever, J., Pinol, N. & Uralde, J. (2005). Poverty, psychological resources and subjective well-being. *Social Indicators Research*, 73 (3), 375-408.
- Liga Portuguesa Contra o Cancro (s/d). A importância da Psico-Oncologia no tratamento da doença oncológica. Retirado: Dezembro, 4, 2013, de <http://www.ligacontracancro.pt/gca/index.php?id=54>.
- Macedo, G., Lucena, N., Soares, L., Rocha, P., Gutiérrez, C. & López, M. (2011). Influência do Estilo de Vida na Qualidade de Vida de Mulheres com Câncer de Mama, *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 14 (4), 13-18.
- Maio, G., & Esses, V. (2001). The need for affect: individual differences in the motivation to approach or avoid emotions. *Journal of Personality*, 69 (4), 583-615.
- Marcucci, F. (2005). O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51 (1), 67-77.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística: com utilização de SPSS* (3.ª Ed. e aumentada). Lisboa: Edições Sílabo.
- Martin, B. (2003). The influence of gender on mood effects in advertising. *Psychology & Marketing*, 20 (3), 249–273.

- McCullough, G., Heubner, E. & Laughlin, J. (2000). Life events, self-concept, and adolescents' positive subjective well-being (Abstract). *Psychology in the Schools*, 37, 281-291.
- Méndez, J., Ceballos, E., Navarro, O., Alfaro, C., Martínez, M., Ibarra, A., Zamora, J., Pérez, C., Tovar, J., Ibargüen, A., Vera, S., Guerrero, S., Cárdenas, M., Canto, N., Hernández, M., & Cortés-Franco, J. (2011). Oncoguia: Leucemia Linfoblástica Aguda, *Cancerología*, 6, 111 – 115.
- Meurer, S., Luft, C., Benedetti, T. & Mazo, G. (2012). Validade de constructo e consistência interna da escala de autoestima de Rosenberg para uma população de idosos brasileiros praticantes de atividades físicas. *Motricidade*, 8 (4), 5-15.
- Mojoyinola, J. (2010). Impact of emotional reactions on patients' recovery from physical illness: implications for the medical social workers. *Ethno Med* , 4 (2), 139-144.
- Mukherjee, S. (2012). *O Imperador de todos os males* (1.^a Ed.). Lisboa: Bertrand Editora.
- Neto, F., Barros, J. & Barros, A. (1990). Satisfação com a vida. In L. Almeida et al. Eds.), *Ação educativa: análise psicossocial* (105-117) Leiria: Esel/Apport.
- Neto, J., Lima, C., Gomes, M., Santos, M., & Tolentino, F. (2012). Bem-estar subjetivo em idosos praticantes de atividade física. *Motricidade*, 8 (52), 1097-1104.
- Nolen-Hoeksema, S. (2004). Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clinical Psychology Review*, 24, 981 - 1010.
- Norem, J., & Chang, E. (2002). The Positive Psychology of Negative Thinking. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 993-1001.
- Ocampo, J. (2010). Self-rated health: Importance of use in elderly adults. *Colombia Médica*, 41(3), 275-289.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde* (2.^a Ed., Revista e Ampliada). Lisboa: Climepsi Editores.
- Organização Pan-Americana da Saúde & Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório sobre a saúde do mundo 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Suíça: OMS.
- Pacico, J. C., Zanon, C., Bastianello, M. R., & Hutz, C. S. (2013). Adaptation and Validation of the Dispositional Hope Scale for Adolescents. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26, 488-492.
- Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2006). *Desenvolvimento humano* (8.^a Ed.). Porto Alegre. Artmed.

- Paredes, T., Simões, M., Canavarro, M., Serra, A., Pereira, M., Quartilho, M., Rijo, D., Gameiro, S., & Carona, C. (2008). Impacto da doença crónica na qualidade de vida: comparação entre indivíduos da população geral e doentes com tumor do aparelho locomotor. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 9 (1), 73-87.
- Pavalko, E., & Woodbury, S. (2000). Social roles as process: Caregiving careers and women's health. *Journal Health and Social Behavior*, 41(1), 91–105.
- Pereira, A. (2008). *SPSS Guia prático de utilização: análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia* (7.ª Ed.- Revista e corrigida). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pereira, M., & Lopes, C. (2005). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pereira, I., & Silva, A. (2012). Ser cuidador familiar: a perceção do exercício do papel. *Pensar Enfermagem*, 16 (1), 42-54.
- Perloiro, M. (2002). Versão portuguesa do Teste de Orientação Prolongada de Vida – ELOT-PT. Setúbal: Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal. (Tradução e adaptação do original em língua inglesa Extended Life Orientation Test (ELOT). Chang, Maydeu-Olivares & D’Zurilla, 1997, cit. por Perloiro, 2002).
- Pinquart, M., Frohlich, C., & Silbereisen, R. (2007). Cancer Patients' Perceptions of Positive and Negative Illness-related Changes (Abstract). *Journal of Health Psychology*, 12 (6), 907-921.
- Pitton, S. & Castilho, F. (2005). *Tempo e sensibilidade: a sensação e a percepção climática dos moradores urbanos de Rio Claro/SP*. Simpósio Nacional sobre Geografia, Percepção e Cognição do Meio Ambiente.
- Portal de Oncologia Português – POP (s/d). Retirado: Dezembro, 4, 2013 de <http://www.pop.eu.com/portal/publico-geral/o-cancro2.html>.
- Primo, W., & Garrafa, V. (2010). Análise ética da revelação do diagnóstico e tratamento em pacientes com câncer genital ou mamário. *Revista Associação Médica Brasileira*, 56 (4), 397-402.
- Rodrigues, J., Ferreira, N. & Caliri, M. (2013). Caracterização do apoio social percebido pela família do doente adulto com câncer. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 46 (3), 289-296.
- Rogers, C. (2009). *Tornar-se pessoa* (1ª Ed.). Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Romano, A., Negreiros, J. & Martins, T. (2007). Contributos para a validação da escala de Autoestima de Rosenberg numa amostra de adolescentes da região interior norte do País. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (1), 109-116.

- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Sampaio, D., & Gameiro, J. (2005). *Terapia Familiar* (6.^a Ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Sanchez, K., Ferreira, N., Dupas, G. & Costa, D. (2010). Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63 (2), 290-299.
- Santos, J. (1991). *Ensaio Sobre Educação II – O falar das letras* (2.^a Edição). Lisboa: Livros Horizonte.
- Santos, P. & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 253-258.
- Sbicigo, J., Bandeira, D. & Dell’Aglia, D. (2010). Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): Validade fatorial e consistência interna. *Psico-USF*, 15 (3), 395-403.
- Schmitt, D. & Allik, J. (2005). Simultaneous Administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 Nations: Exploring the Universal and Culture-Specific Features of Global Self-Esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89 (4), 623-642.
- Segre, M. & Ferraz, F. (1997). O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, (5), 538-542.
- Serra, A. (1986). O “Inventário Clínico de Auto-conceito”. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 67-84.
- Serra, A. (1988). O auto-conceito. *Análise Psicológica*, 2 (VI), 101-110.
- Serra, A. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, lda.
- Servan-Schreiber, D. (2010). *Anti-cancro – uma nova maneira de viver* (2.^a Ed.). Alfragide: Caderno.
- Silvestre, P. (2011). De terapeuta a paciente. *Revista Afreudite*, 13/14 (VII), 92-123.
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, Ano XXVI, 2, 503-515.
- Simões, M. (2014). *O Cancro* (1.^a Ed.). Lisboa: Relógio D’Água Editores.
- Siqueira, M., & Padovam, V. (2008). Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24 (2), 201-209.
- Smedema, S., Catalano, D., & Ebener, D. (2010). The Relationship of Coping, Self-Worth, and Subjective Well-Being: A Structural Equation Model (Abstract). *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 53 (3), 131-142.
- Sparrenberger, F., Santos, I., & Lima, R. (2003). Epidemiologia do *distress* psicológico: estudo transversal de base populacional, *Revista Saúde Pública*, 37 (4), 434-439.

- Sousa, G., Silva, R., Figueiredo, F., Minayo, M., & Vieira, L. (2013). Circunstâncias que envolvem o suicídio de pessoas idosas. *Comunicação, Saúde e Educação*, 1-13.
- Stratton, M., Campbell, P., & Futreal, P. (2009). The cancer genome. *Nature – International Weekly Journal of Science*, 458, 719-724.
- Suhail, K. & Chaudhry, H. (2004). Predictors of subjective wellbeing in an eastern Muslim culture. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23 (3), 359-376.
- Sulkers, E., Fler, J., Brinksma, A., Roodbol, P., Kamps, W., Tissing, W., & Sanderman, R. (2013). Dispositional optimism in adolescents with cancer: Differential associations of optimism and pessimism with positive and negative aspects of well-being. *British Journal of Health Psychology*, 18 (3), 472-489 (abstract).
- Teixeira, J. (2004). Psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 3 (XXII), 441-448.
- Thompson, S., Sobolew-Shubin, A., Galbraith, M., Schwankovsky, L. & Guzen, D. (1993). Maintaining perceptions of control: finding perceived control in low control circumstances (Abstract). *Journal of Personality, and Social Psychology*, 64: 293-304.
- Universidade Sénior Contemporânea (2007). Transdisciplinar de Gerontologia. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, I (I), 1-84.
- Upmane, A. & Sebre, S. (2010). Sources of life satisfaction judgments in Latvia. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 1471–1476.
- Van Praag, B., & Fritjers, P. (1999). The measurement of welfare and well-being: The Leyden approach. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-Being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 413-433). New York: Russel Sage Foundation.
- Varela, M., & Leal, I. (2007). Estratégias de *coping* em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, 3 (XXV), 479-488.
- Watson, D., Clark, L., Tellegen, A. (1998). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Weinstein, N. (1983). Reducing Unrealistic Optimism About Illness Susceptibility. *Health Psychology*, 2 (1) 11-20.
- Weitzner, M., Jacobsen, P., Wagner, H., Friedland, J., & Cox, C. (1999). The Caregiver Quality of Life Index–Cancer (CQOLC) scale: development and validation of an instrument to measure quality of life of the family caregiver of patients with cancer. *Quality of Life Research*, 8, 55–63.

- Wills, E. (2009). Spirituality and Subjective Well-Being: Evidences for a New Domain in the Personal Well-Being Index. *Journal of Happiness Studies*, 10 (1), 49-69.
- Wong, S. & Lim, T. (2009). Hope versus Optimism in Singaporean Adolescents: Contributions to Depression in Life Satisfaction (abstract). *Personality and Individual Differences*, 46, 648-652.
- World Health Organization (2012). Globocan 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012 (I.A.R.C.). Retirado: Abril, 27, 2014, de http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx.
- Woyciekoski, C., Stenert, F. & Hutz, C. (2012). Determinantes do Bem-estar Subjetivo. *Psico*, 43 (3), 280-288.
- Yunes, M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8, 75-84.

Anexos

Anexo I – Protocolo de investigação

N.º do questionário	
---------------------	--

Vimos por este meio solicitar a colaboração voluntária no estudo, cujo objetivo da investigação é estudar o Bem-Estar Subjetivo, que decorre no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Se aceitar participar no estudo a sua tarefa consistirá no preenchimento individual do questionário.

Não há respostas certas ou erradas, pretende-se apenas a sua opinião pessoal e sincera.

O questionário é de natureza **confidencial**. O tratamento da informação será realizado de uma forma global, não sendo sujeito a uma análise individualizada, os dados serão tratados estatisticamente, o que significa que o seu **anonimato** será respeitado.

Pode desistir a qualquer momento, basta que assim o deseje.

Se tiver alguma dúvida não hesite, sinta-se à vontade para questionar.

Desde já, agradeço a sua disponibilidade em participar no estudo.

Muito Obrigado pela Colaboração

A – Dados sociodemográficos

Assinale a resposta que melhor reflete a sua opinião

1- Género:

Masculino ☐ Feminino ☐

2 – Idade _____

3 – Formação académica:

1.º Ciclo (até 4.º ano) ☐ 2.º Ciclo (até ao 6.º ano) ☐ 3.º Ciclo (até ao 9.º ano) ☐ Secundário ☐
Ensino Superior ☐ Outro _____

4 – Estado civil:

Solteiro (a) ☐ Casado (a)/União de facto ☐ Viúvo (a) ☐ Divorciado (a)/ Separado (a) ☐

5 – Está a trabalhar?

Sim ☐ Não ☐

5.1 – Se respondeu não, a que se deve?

Desempregado ☐ Está de baixa médica ☐ Outra _____

6 - Com quem vive? (*pode assinalar mais do que uma opção*)

Sozinho (a) ☐ Com marido/ mulher ☐ Com filho (s) ☐ Com os pai/mãe ☐
Outro (s) _____

7 – Respondeu em...

Portugal ☐ Fora de Portugal ☐

Teste de Orientação Prolongada de Vida (“*Extended Life Orientation Test*”- ELOT)

(ELOT; Chang, Maydeu-Olivares, & D’Zurilla, 1997) - Versão portuguesa: Perloiro, 2002.

Instruções de preenchimento

Responda por favor às seguintes questões acerca **de si próprio**, selecionando um dos números de 1 a 5 que melhor indique o seu **grau de concordância**. **Considere o modo como pensa habitualmente e como se sente atualmente**, não eventualmente como se tenha sentido no passado. Por favor seja o mais honesto possível, e tente que as suas respostas a uma questão não influenciem a resposta a outras questões.

<i>Questões</i>	1 Discordo fortemente	2 Discordo	3 Neutro	4 Concordo	5 Concordo fortemente
1. É sempre bom ser franco (a).					
2. É melhor não criar demasiadas expectativas dado que provavelmente irei ficar desapontado (a).					
3. Em momentos de incerteza eu geralmente espero o melhor.					
4. Raramente espero que aconteçam coisas boas.					
5. Se alguma coisa me puder correr mal correrá com certeza.					
6. Eu tento sempre ver o melhor lado das coisas.					
7. A honestidade é sempre a melhor política.					
8. Sou sempre otimista em relação ao meu futuro.					
9. É importante para mim manter-me ocupado.					
10. Quase nunca espero que as coisas me corram bem.					
11. Quando começo algo novo, espero ser bem-sucedido.					
12. As coisas nunca correm da forma como eu quero.					
13. Não fico perturbado com demasiada facilidade.					
14. Se tomo uma decisão sozinho (a), tenho quase a certeza que se irá tornar uma má decisão.					
15. Querer é poder.					
16. Raramente conto com a possibilidade de me acontecerem coisas boas.					
17. É sensato lisonjear pessoas importantes.					
18. É melhor esperar o pior: assim quando acontece já não custa tanto.					
19. Geralmente, as coisas no fim acabam sempre bem.					
20. Se houver 50% de possibilidades de acertar, eu escolho sempre a resposta errada.					

Escala de Autoestima de Rosenberg (“*Rosenberg Self-Esteem Scale*” – RSES)

(RSES; Rosenberg, 1965)

Versão portuguesa: Santos & Maia, 2003

Segue-se uma lista de afirmações respeitantes ao **modo como se sente**. À frente de cada uma delas assinala com uma cruz (X) na respetiva coluna a resposta que mais se lhe adequa.

<i>Questões</i>	A Discordo fortemente	B Discordo	C Concordo	D Concordo fortemente
1. Globalmente estou satisfeito (a) comigo próprio (a).				
2. Por vezes penso que não sou bom/boa em nada.				
3. Sinto que tenho algumas qualidades.				
4. Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas.				
5. Sinto de que não tenho muito de que me orgulhar.				
6. Por vezes sinto-me, de facto, um (a) inútil.				
7. Sinto que sou uma pessoa com valor, pelo menos tanto como a generalidade das pessoas.				
8. Gostava de ter mais respeito por mim mesmo (a).				
9. Bem vistas as coisas, inclino-me a sentir que sou um (a) falhado (a).				
10. Adoto uma atitude positiva para comigo.				

Escala de Afetividade Positiva e Negativa (“*Positive and Negative Affect Schedule*” – PANAS)

(PANAS; Watson, Clark & Tellegen, 1988)

Versão portuguesa: Galinha & Ribeiro, 2005

Esta escala consiste num conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Usando a escala de 1 a 5, indique, assinalando com uma cruz (x), em que medida sentiu cada uma das emoções durante a **última semana**.

<i>Questões</i>	1 Nada ou muito ligeiramente	2 Um pouco	3 Moderadamente	4 Bastante	5 Extremamente
1. Interessado					
2. Perturbado					
3. Excitado					
4. Atormentado					
5. Agradavelmente surpreendido					
6. Culpado					
7. Assustado					
8. Caloroso					
9. Repulsa					
10. Entusiasmado					
11. Orgulhoso					
12. Irritado					
13. Encantado					
14. Remorsos					
15. Inspirado					
16. Nervoso					
17. Determinado					
18. Trémulo					
19. Ativo					
20. Amedrontado					

Escala de Satisfação com a Vida (*“Satisfaction with Life Scale”* – SWLS)

(SWLS; Diener, Emmons, & Griffin, 1985)

Versão portuguesa: Simões, 1992

A seguir encontram-se 5 afirmações, com as quais pode ou não concordar. Numa escala de 5 pontos, indique a sua concordância com cada afirmação. A escala é a seguinte:

<i>Questões</i>	1 Discordo muito	2 Discordo um pouco	3 Não concordo nem discordo	4 Concordo um pouco	5 Concordo muito
1. Em muitos campos da minha vida está próxima do ideal.					
2. As minhas condições de vida são excelentes.					
3. Estou satisfeito(a) com a minha vida.					
4. Até ao momento tenho alcançado as coisas importantes que eu quero para a minha vida.					
5. Se pudesse viver a minha vida de novo não mudaria quase nada.					

Participante:

Paciente Oncológico ☐

Familiar direto de paciente oncológico ☐

População em geral ☐

Por favor, verifique se respondeu a todas as questões.

Muito Obrigado pela Colaboração

Anexo II - Pedido de colaboração no estudo



**Faculdade de Psicologia da Universidade
Lusófona de Humanidades e Tecnologias**

Exmo. Senhor (a) Diretor (a) da _____

Eu, Ilda Maria Duarte da Silva, como estudante do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia de Lisboa, sob orientação da Prof.^a Doutora Joana Brites Rosa, estou a desenvolver uma investigação denominada “Estudo comparativo sobre o bem-estar subjetivo em pacientes oncológicos, seus familiares e população em geral”.

Sendo o problema oncológico um flagelo e uma realidade cada mais evidente na sociedade contemporânea, será determinante avaliar de que forma estes pacientes e os seus familiares encaram a doença e que influência tem na sua vida (social, familiar e profissional), comparativamente com a população em geral. Esta é uma realidade que não afeta apenas o paciente diagnosticado, afeta igualmente familiares e amigos que direta ou indiretamente se envolvem principalmente de forma emocional.

Neste sentido, venho por este meio solicitar autorização a V.^a Ex.^a para proceder à aplicação de um protocolo de investigação, aos pacientes da instituição que superiormente dirige.

A investigação consiste na administração dos questionários aos pacientes oncológicos e seus familiares. A duração de preenchimento deste protocolo de investigação demorará cerca de 15 minutos.

Salienta-se que se envia cópia em anexo do questionário para apreciação de V.^a Ex.^a.

Será então solicitado o preenchimento **voluntário** e **individual** dos questionários, a **pacientes** e seus **familiares**, estando a aplicação dos mesmos sob a minha responsabilidade. Salienta-se que **NÃO** se irá proceder a uma análise individualizada dos dados, que o **anonimato** e a **confidencialidade dos dados** será garantida, até porque em nenhuma parte do questionário é solicitado que se identifiquem. Será dada a **possibilidade de abandono do preenchimento** assim o participante o deseje.

Da minha parte, comprometo-me a respeitar e a salvaguardar os interesses dos participantes e da instituição, nomeadamente, respeitando a programação e a dinâmica institucional, sempre que a situação se coloque.

Reafirmo, a importância do estudo que desenvolvo para a Psicologia. Ficarei disponível para qualquer esclarecimento adicional. Aproveito para agradecer antecipadamente a vossa melhor atenção e colaboração e para apresentar a V.^a Ex.^a os melhores cumprimentos.

Pede deferimento

Lisboa, 03 Fevereiro de 2014

Ilda Maria Duarte da Silva

Anexo III – Resposta da Associação Portuguesa de Apoio à Mulher com Cancro da Mama

2014-02-06 16:50 GMT+00:00 Mafalda Pinto Coelho - Associação Cancro Mama <mafaldapintocoelho@apamcm.org>:

Exma. Senhora,

Queira, por favor, enviar o questionário subordinado ao “Estudo comparativo sobre o bem-estar subjectivo em pacientes oncológicos”, seus familiares e população em geral”, de modo a que possa ser enviado aos nossos 4000 associados e os mesmos responderem directamente para V.Exa.

Sem outro assunto, fica-se a aguardar o envio célere do mesmo

Muito obrigada!

Cumprimentos cordiais,

Mafalda Pinto-Coelho | Presidente da Direcção

Associação Portuguesa de Apoio à Mulher com Cancro da Mama

Tel. 21 756 89 11 | Fax. 21 756 89 10 | mafaldapintocoelho@apamcm.org

Largo Dr. Bernardino António Gomes (Pai), nº 177-E 1100-209 Lisboa

NIF 504337823 | IPSS com fins de Saúde| Pessoa Colectiva de Utilidade Pública

Att. Senhora Doutora Mafalda Pinto Coelho - Questionário subordinado ao "Estudo comparativo sobre o bem-estar subjectivo em pacientes oncológicos",

ilda duarte <ilda00duarte@gmail.com>

1/02/2014

Exma. Senhora Doutora Mafalda Pinto Coelho,
Quero desde já agradecer a atenção e disponibilidade dispensada.
Mais informo que me encontro à vossa disposição para qualquer situação em que vos possa ser útil.
Segue abaixo o link do questionário subordinado ao “Estudo comparativo sobre o bem estar subjectivo”.
Mais uma vez o meu Muito Obrigada!
Cumprimentos,
Ilda Duarte

Venho por este meio solicitar a colaboração voluntária num estudo comparativo sobre o Bem-Estar Subjectivo, que decorre no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Se aceitar participar no estudo a sua tarefa consistirá no preenchimento individual do questionário.

Não há respostas certas ou erradas, pretende-se apenas a sua opinião pessoal e sincera.

O questionário é de natureza confidencial. O tratamento da informação será realizado de uma forma global, não sendo sujeito a uma análise individualizada, os dados serão tratados estatisticamente, o que significa que o seu anonimato será respeitado.

Pode desistir a qualquer momento, basta que assim o deseje.

Desde já, agradeço a sua disponibilidade em participar no estudo.

Agradeço que divulgue o questionário por o maior número de contactos possível.

Este protocolo de investigação demora entre 5 a 10 minutos a responder.

Para aceder ao questionário, basta clicar no link:

<https://pt.surveymonkey.com/s/MQ37RBV>

Muito Obrigado pela Colaboração
Atentamente
Ilda Duarte
ilda00duarte@gmail.com

From: **Mafalda Pinto Coelho - Associação Cancro Mama**

<mafaldapintocoelho@apamcm.org>

Date: 2014-02-13 16:35 GMT+00:00

Subject: RE: Att. Senhora Doutora Mafalda Pinto Coelho -

Questionário subordinado ao "Estudo comparativo sobre o bem-estar subjectivo em pacientes oncológicos",

To: ilda duarte <ilda00duarte@gmail.com>

Cc: fatima.resende@apamcm.org

Exma. Senhora,

Acabei agora de divulgar no nosso Facebook e Causes abarcando um núcleo de cerca de 300 mil pessoas. Também será enviado aos nossos associados via email.

Votos de sucesso no seu trabalho!

Cumprimentos cordiais,

Mafalda Pinto-Coelho | Presidente da Direcção

Associação Portuguesa de Apoio à Mulher com Cancro da Mama

Tel. 21 756 89 11 | Fax. 21 756 89 10 | mafaldapintocoelho@apamcm.org

Largo Dr. Bernardino António Gomes (Pai), nº 177-E 1100-209 Lisboa

NIF 504337823 | IPSS com fins de Saúde| Pessoa Colectiva de Utilidade Pública